

احتفظ بهذا الكتيب مع سجلاتك الخاصة

طلب الإعانة

كتيب المعلومات

أهلاً وسهلاً بك إلى إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) لولاية ميشيغان

لدينا برامج لمساعدتك أو مساعدة أفراد أهل بيتك (كل فرد يعيش في منزلك) أو لمساعدتكم جميعاً بالطعام والرعاية الطبية ورعاية الأطفال والمال والحالات الطارئة. كما يمكننا إعلامك عن البرامج والموارد الأخرى التي قد تساعدك في استيفاء احتياجاتك. نحن نتطلع إلى مساعدتك ومساعدة أهل بيتك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في القراءة أو الكتابة أو السمع،... إلخ، فنرجو منك أن تعلمنا بذلك. وإذا كنت تتطلب إلى مترجم شفهي، فسنقوم بتقديم مترجم لك أو يمكنك إحضار أحد بنفسك.

الخطوات إلى تلقي الإعانة

اقرأ هذا الكتيب واحتفظ به فإنه يخبرك عن برامجنا ويحتوي على معلومات مهمة. وعندما توقع على طلب الإعانة، فأنت توافق على القواعد الموجودة في هذا الكتيب.

١

٢

٣

٤

٥

أجب على الأسئلة في نموذج DHS. فنحن بحاجة إلى أجوبتك لكي نقرر على ضوئها ماهية الإعانة التي يجوز لك أن تتقاضاها. يمكنك أن تقدم طلباً إلى جميع برامجنا أو بعض منها.

احضر طلب الإعانة أو أرسله بريدياً أو عبر جهاز الفكس إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها. يمكنك أن تجد عنوان ورقم هاتف المكتب في المنطقة التي تعيش فيها في دليل الهاتف في قسم حكومة الولاية أو الإلكترونية على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-countyoffices

قد تحتاج إلى طلب مزيد من المعلومات (إثبات) بشأن بعض البرامج. وسنعلمك عن الأشياء التي سنحتاج إليها.

سنرسل إليك رسالة بريدية تخبرك فيها إذا حظيت بالموافقة أو الرفض. عليك الاحتفاظ بهذه الرسالة. فإنها تحتوي على معلومات مهمة بما فيه اسم ورقم الهاتف والبريد الإلكتروني للأخصائي المسؤول عنك في DHS.

يحق لك التقديم للمساعدة اليوم. قد يؤثر تاريخ استلام DHS طلب الإعانة أو نموذج الإيداع الخاص بك على تاريخ بدء صرف مخصصاتك. الاستثناء: إذا كنت تقدم طلباً لمخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانة الغذائية قبل أن يتم إخراجك من مؤسسة داخلية، فيكون تاريخ الإيداع لمخصصاتك هو تاريخ خروجك من تلك المنشأة.

إذا لم تستطع إنهاء طلب الإعانة بكماله اليوم، فيمكنك إما أن تملئ نموذج الإيداع (الموجود في نهاية هذا الكتيب أو الإلكترونية على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms) أو يمكنك تقديم طلب إعانة ناقص. يجب أن يحتوي على: • اسمك • تاريخ ميلادك (غير مطلوب لبرنامج الإعانة الغذائية) • عنوانك (ما لم تكن متشرداً) • توقيعك أو توقيع ممثلك (شخص ما يقوم بابداع الطلب عنك). وقبل أن يمكنك الحصول على الموافقة للمساعدة، يجب عليك ملء طلب الإعانة بكماله.

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área

لن تميز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services: DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصرفها الشخص لنفسه أو التغيير الجنسي التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act).

Local office address

عنوان المكتب المحلي

DHS specialist name, phone number and email address

اسم ورقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني للأخصائي في DHS

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

قرارات في أوانها

يجب علينا اتخاذ القرارات في أوانها للموافقة على طلب للإعانة أو رفضه. فيما يلي المقاييس الزمنية لاتخاذ القرارات التي تنقذ بها بشأن كل برنامج:

المقاييس الزمنية

٧ أيام
٣٠ يوم
٤٥ يوم
٩٠ يوم
١٠ أيام
٣٠ يوم
٤٥ يوم

- بصفة مستعجلة (معالجة الطلب في غضون سبعة أيام)
- برنامج الإعانة الغذائية

- الإعانة الطبية

- مع قرار طبي بشأن الإعاقة

- النساء الحوامل

- برنامج إعانة اللاجئين الطبي (RAPM)

- نمو ورعاية الأطفال (CDC)

- الإعانة النقدية

- برنامج استقلال العائلة

- برنامج إعانة اللاجئين

- إعانة إعالة من الولاية

- الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية


DHS برامج

الإعانة الغذائية

الإعانة الطبية

الإعانة النقدية

الإعانة من الولاية

نحو ورعاية الأطفال (CDC)

رموز البرنامج



برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة (المعالجة في غضون سبعة أيام)

إذا كان أهل بيتك مؤهلاً لمعالجة الطلب في غضون سبعة أيام، فيجب عليك:

قد يكون أهل بيتك مؤهلاً للمعالجة من خلال طلب المقدم لتلقي الإعانة الغذائية في غضون سبعة أيام في الحالات التالية:

- إذا كان دخلك الشهري الإجمالي أقل من ١٥٠ دولار وأقل في الأصول السائلة (نقود في اليد، الحسابات الجارية أو حسابات التوفير، شهادات التوفير)، أو إذا كان مجموع دخلك الإجمالي وأصولك السائلة أقل من مجموع إيجارك الشهري أو قسط قرض الاستملاك العقاري زائد فاتورة التدفئة والمنافع العامة، أو إذا كنت مدحوم* الدخل أو أجير موسمي متقل أو عامل مزارع موسمي ولديك ١٠٠ دولار أو أقل في الأصول السائلة.
- إذا كان دخلك قد توقف قبل تاريخ تقديم الطلب، أو أن دخلك قد بدأ ولكنك تتوقع أن لا تقبض أكثر من ٢٥ دولار في غضون ١٠ أيام القادمة.

لمواصلة تلقي مخصصات الإعانة الغذائية، سُيُطلب منك أن تقدم إثباتاً لمعلومات أخرى (مثل الدخل، مكان الإقامة، ... الخ). إذا قمت بإعطاء الإثبات عند التقديم، فيمكن أن تُعطى فترة أطول من مخصصات الإعانة الغذائية.

*المدحوم هو أن يكون دخلك قد توقف قبل تاريخ تقديم الطلب، أو أن دخلك قد بدأ ولكنك تتوقع أن لا تقبض أكثر من ٢٥ دولار في غضون ١٠ أيام القادمة.

المقابلات المعنية ببرنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)

- صعوبات في النقل.
- دوام ساعات العمل الذي يمنع من الاشتراك في مقابلة مكتبية.
- أخبرنا إذا كنت تعاني من مشقة وتحتاج إلى إجراء مقابلة هاتفية.

يجوز التنازل عن إجراء مقابلة وجهاً لوجه وإجراء مقابلة هاتفية في الحالات التي يشكل ذلك على أهل بيتك مشقة. وتتضمن المشقات على سبيل المثال ولا تقتصر على التالي:

- المرض.

قد تطلب إلى إثبات

يجوز أن تطلب لبعض البرامج تقديم إثباتات بالتالي:

- وضع المиграة
- العمر أو الهوية الشخصية أو كلاهما
- الموطنية (الجنسية) الأمريكية
- بطاقة التأمين الطبي الجارية
- الانتساب في المدرسة لكل شخص في سن ١٦ إلى ١٩ سنة من العمر
- الدخل الذي بدأ أو توقف مؤخراً
- الأصول (نقود في اليد، الحسابات الجارية وحسابات التوفير، إتحاد الائتمان التعاوني ("كريديت يونيون")، ... الخ).

وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الاستحصلال على الإثبات، فأطلب ذلك من الأخصائي المسؤول عنك في DHS.

ستطلب DHS بالنسبة لمعظم البرامج إثباتاً بدخل أهل بيتك. وإذا كان لديك الإثباتات، فأرسله أو أحضره مع طلب الإعانة الخاص بك. بعض الطرق لإثبات الدخل هي كما يلي:

- كعوب شيكات دفع الأجرور إيصالات إعالة الأطفال
- رسالة منحة من مصلحة الضمان الاجتماعي
- سجلات الدخل والمصاريف الخاصة بالأعمال الحرة (العمل لحسابك)

وإذا كنت بحاجة إلى إثبات، فسنرسل لك قائمة بالأشياء التي تحتاج إليها. يجب عليك قراءة كتيّب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

جدول المحتويات

البرامج

٤	برنام الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP)
٤	البرنامج الطبي للبالغين (Adult Medical Program: AMP)
٤	- خيار التأمين برعاية رب العمل (Employer Sponsored Insurance Option)
٤	برنام الاستشفاء لسكان المقاطعة (Resident County Hospitalization: RCH)
٥	الإعانة الطبية (Medical Assistance: MA)
٦	نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC)
٦	برنام استقلال العائلة (Family Independence Program: FIP) // برنام إعانا اللاجئين
٧	(Refugee Assistance Program: RAP)
٧	إعانا الإعاقة من الولاية (State Disability Assistance: SDA)
٨	الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER)
٨	خدمات إعالة الأطفال (Child Support Services)
٨	Early On®
٩	برنام إعانا ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP)
٩	- حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit: HHC)
٩	- برنام الإعانا لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيف استهلاك الطاقة (Weatherization Assistance Program: WAP)

الأشياء التي يجب عليك عملها

٩	إعطاء معلومات صحيحة والتبلیغ عن التغييرات (الكافية البرام)
١٠	تسديد المخصصات الزائدة (الكافية البرام)
١٠	إعطاء أرقام الضمان الاجتماعي (المعظم البرام)
١٠	السعى للحصول على مخصصات أخرى (المعظم البرام)
١٠	تحصين الأطفال دون سن السادسة - تلقوا (برنام استقلال العائلة - FIP)
١٠	التقىد بقوانين العمل إذا كان مقدم خدمة رعاية الأطفال يعمل في منزلك (برنام نمو ورعاية الأطفال (CDC))
١١	إجراءات إعالة الأطفال (المعظم البرام)
١١	التقىد بقواعد العمل والعقوبات [برنام استقلال العائلة (FIP) أو برنام إعانا اللاجئين (RAP)، وبرنام الإعانا الغذائية (FAP)]
١٢	إرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه [برنام استقلال العائلة (FIP) أو برنام إعانا اللاجئين (RAP) وبرنام الإعانا الغذائية (FAP)]

أشياء مهمة لمعرفتها

١٣	العقوبات لمخالفة البرنامج عن عدم أو الاحتياط [برنام الإعانا الغذائية (FAP)، برنام استقلال العائلة (FIP)، إعانا الإعاقة من الولاية (SDA)]
١٤	الحقوق في جلسات الاستماع
١٤	إذا كنت تظن أننا قمنا بالتمييز ضدك
١٤	العرق والإثنية
١٤	فيما يتعلق بالمواطنين وغير المواطنين
١٤	الأشخاص ذوي الإعاقة
١٥	العنف العائلي
١٥	إذا كنت تتلقى مخصصات عشارية.
١٥	بطاقة "بريدج" (Bridge Card)

اتفاقيات التسديد

١٦	استرداد التكاليف الطبية {الإعانا الطبية (MA)، البرنامج الطبي للبالغين (AMP)}
١٦	المبالغ المدفوعة دفعه واحدة والمخصصات المتراكمة [فيما يتعلق ببرنام إعانا الإعاقة من الولاية (SDA)]

المعلومات التي سيتم مشاطرتها مع الغير عن أهل بيتك

١٦	المعلومات التي ستحصل عليها DHS من الآخرين
١٦	المعلومات التي تستطيها DHS إلى الآخرين
١٦	تنسيق الرعاية الصحية

١٧	مراجع الموقع الإلكتروني
----	-------------------------------

١٨	المنشورات
----	-----------------

١٩	نموذج الإيداع
----	---------------------

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانا.

البرامج



(Food Assistance Program: FAP) برنامج الإعانة الغذائية

- بعض تكاليف السكن والمنافع العامة.
- بعض تكاليف رعاية الأطفال وتکاليف رعاية الأشخاص ذوي إعاقة.
- إعالة الطفل المأمور دفعها بأمر من المحكمة إلى فرد ليس من أهل البيت.

لكي تحصل على اقتطاع لأحد المصارييف المسموح بها، يجب عليك التبليغ عنه وتقديم إثبات به عندما يطلب الأخصائي المسؤول عنك في DHS عمل ذلك. إذا لم تقم بالتبليغ عن المصاروف أو تقدم إثباتاً به، فسنفترض بأنك لا تزيد أن تتفقى اقتطاعاً لذلك المصاروف.

إذا كانت تكلفة التدفئة مشمولة في قسط إيجارك، و كنت تتلقى مخصص حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit) أو تتوقع أن تتفاقها، فيجب عليك أن تخبرنا بذلك في طلب الإعانة الخاص بك. وإذا لم تقم بإخبارنا عن ذلك الحسم، فسنفترض بأنك لا تزيد أن تتفقى اقتطاعاً لقاء مصاريف التدفئة.

متطلبات البرنامج:

- تفاصيل بقواعد العمل والعقوبات - راجع الصفحة ١١ و ١٢.
- خدمات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ٨.
- إجراءات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ١١.

يقدم برنامج الإعانة الغذائية (FAP) المخصصات التي يمكن استخدامها لشراء المواد الغذائية لأهل بيتك (أو شراء البذور والنباتات لزرعها كطعام لك). ويمكن أن يتلقى الأشخاص من جميع الأعمار مخصصات هذا البرنامج.

قد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) إذا كنت إما:

- بدخل منخفض.
- بدون دخل

الدخل

تستند الأهلية وقيمة المخصصات لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) على دخل أهل بيتك وعدد أشخاص أهل بيتك في مجموعة FAP التابعة لك. عندما ننظر إلى دخلك، تقوم بعمل بعض الاقتطاعات وتأخذ بعين الاعتبار المصارييف المسموح بها (راجع أدناه)

الاقتطاعات من الدخل المحسوب:

- ٢٠ بالمائة من الدخل المكتسب، و
- اقتطاع قياسي يستند على عدد الأشخاص في مجموعة أهل بيتك المشتركة في البرنامج.

المصارييف المسموحة:

- المصارييف الطبية فوق الـ ٣٥ دولار كل شهر التي لا يقوم طرف ثالث بدفعها (للأشخاص في سن الـ ٦٠ أو أكبر سناً من ذلك، أو جندي قديم ذو إعاقة أو شخص ذو إعاقة).



(Adult Medical Program: AMP) البرنامج الطبي للبالغين

الانتساب محدود. نقتصر من عدد الأشخاص الذين يمكنهم تلقي مخصصات البرنامج الطبي للبالغين (AMP) في ميشيغان. و عند الوصول إلى الحد الأقصى للمنتسبين في البرنامج، يجب علينا أن نرفض طلبك حتى ولو كنت تستوفي قواعد الأهلية.

يساعد البرنامج الطبي للبالغين (AMP) على دفع تكاليف الرعاية الطبية الأساسية للبالغين ذوي الدخل المنخفض. قد تكون خدمات إضافية متاحة عبر الخطة الصحية التي تقدمها المقاطعة.

قد تكون مؤهلاً للبرنامج الطبي للبالغين (AMP) إذا كنت غير مؤهل لبرنامج المديكيد وكان لديك:

- أصول نقدية بقيمة ٣٠٠٠ دولار أو أقل، و
- دخل منخفض.



(Resident County Hospitalization: RCH) برنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة

- لم تكن مؤهلاً لتلقي المديكيد، و
- ليس لديك تأمين آخر لدفع رعاية الاستشفاء كمريض داخلي في المستشفى.

لدى كل مقاطعة قواعد الأهلية المالية الخاصة بها.

لمزيد من المعلومات، يجب الاتصال بمكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها.

يساعد برنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (RCH) الأفراد ذوي الدخل المنخفض الذين لا يستطيعون دفع تكاليف الرعاية الطبية أثناء بقائهم في المستشفى لليلة واحدة.

قد تكون مؤهلاً لبرنامج الاستشفاء لسكان المقاطعة (RCH) إذا كنت:

- من ذوي الدخل المنخفض، و

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



الإعابة الطبية (Medical Assistance: MA)

إذا كنت مقدماً للإعابة الطبية (MA)، التي تعرف أيضاً باسم المديكيد (Medicaid)، التي تحتوي على معلومات كاملة بشكل أكثر. وإذا لم تتط هذه النشرة، فعليك الاتصال بمكتب DHS في منطقتك.

خاصصة بهم. لا ترمي هذه البطاقة في سلة المهملات. وفي حال ضياع أو سرقة أو تلف بطاقة mihealth الخاصة بك، فعليك الاتصال برقم الهاتف: 3195-422-800-1.

أحرض على أن تعطي مقدمي الرعاية الطبية نسخة عن بطاقة mihealth الخاصة بك بمجرد أن تستلمها. وهذه المعلومات مطلوبة لإرسال فاتورة إلى المديكيد لقاء الخدمات التي تلقيتها المشمولة تغطيتها. يجب على مقدمي الرعاية الطبية الذين تتعامل معهم إرسال فواتيرهم إلى المديكيد في غضون 12 شهراً من التاريخ الذي تلقي فيه خدماتهم، حتى ولو قمت بإعطاء الفاتورة إلى DHS.

إذا فات على مقدمي الرعاية الطبية تقديم فاتورة ما ضمن مهلة الـ 12 شهراً، فيجوز أن لا يتم دفع الفاتورة، ما لم يكن التأخير بسبب طلب لعقد جلسة استماع من أجل الحصول على الإعابة الطبية (MA).

والجدير بالذكر، أن DHS هي المسؤولة عن تحديد أهلتك إلا أن إدارة الصحة المجتمعية (Department of Community Health: DCH) هي المسؤولة عن دفع الخدمات التي يغطيها المديكيد. قد تقوم DCH برد أي مبلغ دفعته لقاء خدمة تغطيتها الإعابة الطبية (MA) حصلت في الفترة الواقعة بين تاريخ استلام طلبك لعقد جلسة استماع بعد إصدار قرار رفض غير صحيح بحقك بشأن الإعابة الطبية وتاريخ الموافقة على الإعابة الطبية نتيجة جلسة الاستماع التي طلبت عدتها.

المساعدة للأشهر الماضية. قد تتوافق على إعطائك الإعابة (MA) إلى مدة تصل إلى ثلاثة أشهر قبل الشهر الذي قدمت فيه طلبك. وإذا قمنا بذلك، فأطلب من مقدمي الرعاية الطبية الذين تتعامل معهم أن يرسلوا فواتيرهم إلى المديكيد بشأن الخدمات التي تلقيتها قبل موافقتنا على طلبك. وإذا قمت بدفع تكاليف تلك الخدمات قبل الموافقة على طلبك، فأطلب من مقدمي الرعاية الصحية الذين تتعامل معهم أن يعودوا إليك المبالغ التي دفعتها لهم وأن يرسلوا فواتيرهم بهذا الشأن إلى المديكيد. لا يقتضي على مقدمي الرعاية الصحية إعادة المبالغ التي دفعتها إليك، ولكن سيقوم بعضهم بعمل ذلك. يجب على مقدم الرعاية الصحية أن يرسل الفاتورة إلى المديكيد حتى ولو قمت بإعطاء الفاتورة إلى DHS.

متطلبات البرنامج:

- خدمات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ٨.
- إجراءات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ١١.

أنماط الحياة الصحية. تزيد من جميع العملاء المشتركين في برنامج الإعابة الطبية (MA) أن يعيشوا أنماط حياة صحية. حضور كافة المواجهات الطبية، والقيام بالتمارين الرياضية بانتظام، وعدم التدخين أو تعاطي المخدرات الممنوعة، والمواظبة على تلقيح الأطفال حسب المواجهات المحددة لأعمارهم.

لمزيد من المعلومات عن العيش في نمط حياة صحي، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان Michigan (Department of Community Health: MDCH) على العنوان التالي: www.michiganstepsup.org أو الاتصال بأحد الأرقام الهاتفية التالية:

- 1-877-422-4244 - عادات ونصائح الأكل بطريقة صحية.
- 1-877-422-4244 كتيب مجاني بعنوان Make Health Your Choice (اجعل الصحة خيارك).

لدينا برامج إعابة طبية (MA) كثيرة للأطفال والعائلات والبالغين. هدفنا أن نجعل خدمات الرعاية الأساسية، بما في ذلك أقساط تأمين المديكير (Medicare)، متاحة لكل من لا يستطيع أن يدفع تكاليفها. وتختلف قواعد الأصول والدخل حسب متطلبات مجموعات وبرامج الإعابة الطبية (MA) المتنوعة.

وإذا كان لديك تأمين صحي آخر أو تغطية صحية أخرى، فقد تكون مؤهلاً لها بالرغم من ذلك. ولكن يجب على مقدمي الرعاية الطبية (الأطباء والمستشفيات، ... الخ) إرسال فواتيرهم إلى ذلك التأمين أولاً. قد تكون مؤهلاً للإعابة الطبية (MA) عندما تكون:

- من متلقى مخصصات برنامج استقلال العائلة (-pendence Program).
- من متلقى مخصصات دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income: SSI).
- مؤهلاً مالياً، وأن تكون دون الـ 21 سنة من العمر.
- ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سنًا من ذلك.
- حامل كفيماً أو معافاً.
- أحد الوالدين أو قريب تمت بقراة وثيقة وتعيش مع طفل دون سن الـ 18، أو طالباً في مدرسة ثانوية يواكب بدوام كامل وسيخرج قبل بلوغه سن الـ 19.

تحسب الأصول لبعض البرامج. يمكن لكتير من الأطفال والنساء الحوامل الحصول على الإعابة الطبية (MA) دون وضع حدود على الأصول. بالنسبة للأشخاص في سن الـ 19 وما فوق (باستثناء النساء الحوامل)، يجب أن تكون أصولك أقل من الحد ليوم واحد على الأقل في الشهر الذي تطلب فيه المساعدة الطبية. ويجب عليك أن تقدم إثباتاً بأصولك.

وإذا تجاوزت الحد الأقصى للأصول، فقد تكون قادرًا على الحصول على مساعدة إذا قمت باستخدام القيمة الزائدة عن الحد المطلوب للأصول في دفع الفواتير. قد تطلب منك إثباتاً لنرى كيف تصرفت بالقيمة الزائدة عن الحد المطلوب للأصول.

الدخل. لدى كل برنامج من برامج المديكيد حدود دخل معينة للاشتراب به. حيث تعتمد الحدود على طبيعة البرنامج، ومنْ يعيش معك وأين تعيش. إذا كان دخلك فوق الحد:

- لا يزال يمكنك أن تحصل على المساعدة إذا قمت بتقديم إثبات بمصاريفك الطبية إليها.
- قد تقوم بإعطائك الإعابة الطبية (MA) مع اقطاع ("ديدكتيل").

دفع فواتيرك الطبية. اختر مقدم رعاية يقبل المديكيد (Medic-aid) - والجدير بالذكر أن ليس كل مقدم خدمة يقبل تأمين المديكيد. وإذا كنت مقدم طلباً للإعابة الطبية (MA)، فأحرض على إعلام مقدمي الخدمات الطبية الذين تتعامل معهم (الأطباء، المستشفى، الصيدلية، ... الخ) بذلك قبل أن تحصل على أي خدمات طبية منها.

وإذا كنت مؤهلاً لتلقي المساعدة، فسيُرسل لك بطاقة mi-health. سيحصل كل شخص مؤهل في عائلتك على بطاقة يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعابة.



برنامج نمو ورعاية الأطفال (Child Development and Care: CDC)

مقدار المال الذي يمكنك أن تكتسبه وتبقى في الوقت نفسه مؤهلاً للبرنامج

يكون كل من متلقى المخصصات من برنامج استقلال العائلة المطول (EFIP) ودخل الضمان التكميلي (SSI)، وأباء وأمهات الرعاية البديلة "فوستر كير" المرخص لهم، والعائلات التي تتلقى خدمات الوقاية وحماية الأطفال مؤهلين بدون تحديد الدخل. وتستند الأهلية لكافة العائلات الأخرى على الدخل الإجمالي الشهري. يجب استخدام الجدول أدناه لتحصل على فكرة إذا كنت مؤهلاً للبرنامج.

الإجمالي الشهري الدخل	جموعه العائلة حجم
١٦٠٧.- دolar	٢١
١٩٩٠.- دolar	٣
٢٣٦٧.- دolar	٤
٢٧٤٦.- دolar	٥
٣١٢٣.- دolar	٦
٣٥٠٠.- دolar	٧
٣٨٧٧.- دolar	٨
٤٢٥٤.- دolar	٩
٤٦٣٤.- دolar	+١٠

ما الأشياء التي تدفعها؟ DHS

تستند الأسعار التي تدفعها DHS لقاء خدمة رعاية الأطفال على نوع مقدم الخدمة الذي تختاره، والمنطقة التي تقدم فيها الرعاية وعمر الطفل. الأسعار الجارية متوفرة إلكترونياً على الموقع التالي: www.michigan.gov/childcare

إذا كنت مؤهلاً لأنك عائلة ذي دخل منخفض، فسندفع ٧٠٪ إلى ١٠٠٪ من تكاليف رعاية الأطفال إلى حد السعر الأقصى لـ DHS. وتعتمد النسبة المئوية على دخلك الإجمالي الشهري وأهليتك. إنك مسؤول عن أي تكاليف لرعاية الأطفال لا تقوم DHS بدفعها.

متطلبات البرنامج:

- خدمات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ٨.
- إجراءات إعالة الأطفال - راجع الصفحة ١١.

الموارد:

- يمكن الحصول على مزيد من المعلومات عن برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) إلكترونياً على الموقع التالي: www.michigan.gov/childcare

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لإيجاد مقدم رعاية أطفال مؤهل، يجب الاتصال هاتقيناً بمركز الموارد الإقليمي لرعاية الأطفال التابع للبداية العظيمة Great Start Regional Child Care (Resource Center) على الرقم ١-٨٧٧-٦١٤-٧٣٢٨ أو إلكترونياً على الموقع التالي: greatstartconnect.com.

يساعد برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) في دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال.

وقد تكون مؤهلاً لهذا البرنامج إذا كنت:

- عائلة ذي دخل منخفض.
- والد(ة) بالرعاية البديلة (Foster Parent) مجاز بطلب خدمة رعاية الأطفال لأطفال في الرعاية البديلة "فوستر كير".
- أحد أفراد لحالة تتضمن خدمات الحماية أو الوقاية من قبل DHS مشتركاً في خطة علاجية.
- من متلقى مخصصات برنامج استقلال العائلة المطول (EFIP) أو دخل الضمان التكميلي (SSI).
- طالب إعانة من برنامج استقلال العائلة (FIP) وتقوم بنشاط Michigan Works! Agency: (MWA).

يجب أن يكون لديك ضرورة لاستخدام خدمات رعاية الأطفال لأسباب:

- العمل.
- فصول إكمال الدراسة الثانوية (بما في ذلك دبلوم الكفاءة العامة، والتعليم الأساسي للبالغين وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية).
- التعليم أو التدريب المعتمد.
- أنشطة علاجية معتمدة لحالة صحية أو اجتماعية.

يجب أن تكون خدمة رعاية الأطفال مقدمة في ولاية ميشيغان من قبل:

- مركز رعاية أطفال مرخص له.
- دار جماعي لرعاية الأطفال مرخص له.
- دار عائلي لرعاية الأطفال مسجل.
- مساعد مسجل* لدى DHS أكمل برنامج Great Start to Quality Orientation (بداية عظيمة لتوجيه ذو جودة) ويقدم الرعاية في منزل الطفل.
- مقرب مسجل* لدى DHS يقدم الرعاية في منزله أو منزلها.

ملاحظة: يجب أن يكون القريب شخصاً يمت بقربة الدم أو الزواج أو التبني إلى الطفل الذي يحتاج خدمة الرعاية، مثل الجد أو الجدة أو أبو الجد أو أم الجدة، أو العم أو الخالة / أبو العم أو الخالة، أو العم أو الخال /أبو العم أو الخال، أو أحد الأخوة والأخوات ويجب أن لا يعيش ذلك القريب في نفس المنزل الذي يعيش فيه الطفل.

* الانتساب غير مسموح به إذا كان مقدم الخدمة أو كان أي فرد بالغ من أهل البيت في عمر ١٨ سنة أو أكبر سنًا من يعيش مع مقدم الخدمة:

- مدانًا بارتكاب جرائم معينة.
- اسمه أو اسمها مسجل في السجل المركزي المعنى بسوء معاملة الأطفال أو إهمالهم.



برنامج استقلال العائلة (FIP) (Refugee Assistance Program: RAP)

- تعيش في مقاطعة فيها نسبة عالية من البطالة.
- قد تكون مؤهلاً لبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) إذا كنت:
 - لاجئاً أو أحد ما يعامل كلاجئ) كما تحدده الوكالة الأمريكية United States Citizenship and Immigration Services: USCIS لخدمات المواطنة والهجرة (and Immigration Services: USCIS).
 - في غضون شهرين من تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة، و غير مؤهل لبرنامج استقلال العائلة (FIP).
- يستند قرار منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) على التالي:
 - عدد الأشخاص في مجموعة أهل بيتك.
 - مصاريف إعالة الطفل المأمور دفعها بأمر من المحكمة التي يقوم أهل بيتك بدفعها.
 - مجموع الدخل.
- دفعتات إعالة الأطفال. قد نرسل إليك جزءاً من الإعالة المحصلة في كل شهر تكون فيه مشتركاً ببرنامج استقلال العائلة (FIP). إذا كنت تحصل على إعالة كل شهر بقدر أكثر من ٥٠ دولار في الوقت التي تحصل فيه أيضاً على مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP)، فقد يتطلب منك رده أو تسديده إلى مكتب DHS في المقاطعة التابع إليها. وإذا كان مبلغ الإعالة الذي تقوم بتحصيله أكثر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك لشهرين على الأقل، فقد نغلق ملف حالتك في برنامج استقلال العائلة (FIP) لكي يمكنك الحصول على دفعتات إعالة الطفل بشكل مباشر.

متطلبات البرنامج:

- تقييد بقواعد العمل والعقوبات – راجع الصفحة ١١ و ١٢.
- خدمات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ٨.
- إجراءات إعالة الأطفال – راجع الصفحة ١١.
- تحسين الأطفال دون سن السادسة – تلقوا (برنامج استقلال العائلة – FIP) – راجع الصفحة ١٠.



إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)

- يعيش حالياً في دار الرعاية البديلة "فoster Kier" للبالغين، أو دار للمسنين، أو مستوصف المقاطعة (County Infirmary)، أو مركز معالجة سوء استخدام المواد المخدرة.
- قد تكون مؤهلاً لإعانة الإعاقة من الولاية (SDA) إذا كنت غير مؤهل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) وكانت:
 - ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سنًا من ذلك.
 - معافاً إعاقة دائمة أو مؤقتة.
 - تعتمد بشخص آخر يعاني من إعاقة ويعيش معك.
 - و لديك:
 - أصول نقية بقيمة ٣٠٠٠ دولار أو أقل، و
 - دخل منخفض (حدود مختلفة للأشخاص العزب والمتزوجين).

إن الهدف الرئيسي لبرامج الإعانة النقية هو مساعدة العائلات لتصبح مكتفية بذاتها ومستقلة.

- برنامج استقلال العائلة (FIP) هو برنامج إعانة نقية مؤقتة للعائلات ذات الدخل المنخفض ولديها أطفال قاصرين.
- برنامج إعانة اللاجئين (RAP) هو برنامج إعانة نقية مؤقتة للأشخاص الذين أدخلوا مؤخرًا إلى الولايات المتحدة كلاجئين.
- لكي تكون مؤهلاً لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، يجب أن يكون لديك:
 - دخل منخفض، و
 - الأصول النقية أقل من ٣٠٠٠ دولار.
- قد تكون مؤهلاً لبرنامج استقلال العائلة (FIP) إذا كنت لا تتقاضى مخصصات نقية من ولاية أخرى وأنك إما:
 - حامل.
 - أحد الوالدين، أو ولد أمر، أو قريب(ة) تقيم بمقام والد(ة) لطفل دون سن الـ ١٨ (أو طالب في المرحلة الثانوية في سن بين ١٨ و ١٩ سنة).

حد الـ ٤٨ شهراً على مدى الحياة:

لا يمكن أن يتلقى مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) لأكثر من ٤٨ شهراً على مدى حياته ما لم تكن مؤهلاً لتتمديد المهلة أو لاستثناء ما. لا تحتسب الشهور قبل شهر أكتوبر ٢٠٠٧. لا تحتسب الشهور إذا كنت:

- حائزًا على إرجاء.*
- تعمل وتتقيد بخطبة الاكتفاء الذاتي للعائلة (Family Self-Sufficiency Plan).

*راجع "الأشياء التي يجب عليك عملها: تقييد بقواعد العمل والعقوبات".

تقديم إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) الإعانة النقية لاستيفاء الاحتياجات الأساسية لشخص يعاني من إعاقة، أو لشخص يعاني بشخص آخر يعاني من إعاقة، أو أشخاص يعيشون في إطار معيشي لذوي الاحتياجات الخاصة.

ويعتبر الشخص معافاً إذا كان واحداً من التالي:

- ٦٥ سنة من العمر أو أكبر سنًا من ذلك.
- غير قادر على العمل لمدة ٩٠ يوماً أو أكثر بسبب حالة طبية.
- يتلقى حالياً مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) أو الإعاقة من الضمان الاجتماعي (Social Security Disability).
- يتلقى حالياً الإعانة الطبية على أساس إعاقة أو عمر.
- يتلقى في الوقت الحاضر خدمات تعليمية لنفي الاحتياجات الخاصة.
- يتلقى حالياً خدمات إعادة التأهيل من وكالة خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services).
- تم التشخيص بالإصابة بمرض الأيدز (AIDS).
- يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER)

تتضمن الخدمات المشمولة:

- دفعات تكاليف السكن المؤقت من أجل تجنب حالات التشرد أو القضاء عليها.*
- دفعات القرض العقاري والتأمين و/أو الضريبة العقارية من أجل توقيف المصادرة أو حبس الرهن العقاري أو بيع الممتلك العقاري لعدم دفع الضريبة.*
- إجراء تصليحات منزلية بشكل محدود.
- فواتير التدفئة والكهرباء والمنافع العامة المنزلية.
- تكاليف الدفن.

*تعمل DHS مع مؤسسة *Salvation Army* (جيش الخلاص) من أجل تقديم مأوى للحالات الطارئة في أرجاء الولاية.
يعتمد مبلغ المساعدة الذي قد تلقاه على عدد الأشخاص في أهل بيتك، والدخل، والأصول، وأنواع الخدمة المطلوبة وعوامل أخرى.

يقدم برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) مساعدة محدودة إلى أهالي البيت ذوي الدخل المنخفض الذين يعانون من حالة طارئة. حيث يساعد هذا البرنامج على منع إلحاق الأذى الخطير إلى الأفراد والعائلات الذين يعانون من حالة طارئة قد تهدد صحتهم أو سلامتهم.

قد تكون مؤهلاً لبرنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) إذا:

- كان لديك دخل منخفض وأصول محدودة.
- للحصول على مساعدة في دفعات أقساط دفع الإيجار أو البيت، يجب عليك أن تبين أن لديك دخلاً كافياً لدفع تكاليف سكنك في المستقبل.
- لقد قمت بدفع دفعات معينة مفروضة على المأوى الخاص بك وفواتير التدفئة والكهرباء و/أو المنافع العامة.
- المبلغ الذي تحتاج إليه ضمن حدود طبقك.

لا يتطلب منك أن تتقاضى مساعدة أخرى من DHS لكي تكون مؤهلاً للحصول على الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER).

خدمات إعالة الأطفال (Child Support Services)

هناك:

- كنت تتلقى خدمات رعاية الأطفال، أو الإعانة الغذائية أو النقدية أو الطبية من DHS.
- لا يتطلب منك أن تتلقى المساعدة من DHS لتقدم طلباً إلى خدمات إعالة الأطفال.
- لتقديم طلب إلى هذه الخدمات، قم بملء طلب / إحالة خدمات إعالة الأطفال بموجب الجزء D من الباب الرابع (DHS-1201):
- يمكنك طباعة نموذج DHS-1201 من الموقع الإلكتروني العام لـ DHS على العنوان التالي www.michigan.gov/dhs-forms.
- اتصل هاتفياً بالمكتب المعنى بشؤون إعالة الأطفال (OCS) على الرقم **1-866-661-0005** أو **1-866-540-0008**.
- أرسل طلباً خطياً إلى العنوان التالي:

**Office of Child Support
Central Functions Unit
PO Box 30744
Lansing, MI 48909**

أرجع طلب DHS-1201 بعد ملئه بشكل كامل إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها، أو إلى المكتب العطلي للمدعي العام أو مكتب أصدقاء المحكمة أو إلى العنوان المبين أعلاه.

المكتب المعنى بشؤون إعالة الأطفال (OCS) هو جزء من DHS ومسؤول عن برنامج إعالة الأطفال في ولاية ميشيغان. يعمل المكتب المعنى بشؤون إعالة الأطفال (OCS) مع محامي الإدعاء المعين من مكتب المقاطعة (Prosecuting Attorney: PA) وأصدقاء المحكمة (Friend of the Court: FOC) ووكالات الولايات الأخرى. وهدف المكتب هو الضمان بأن الأطفال معالين من آبائهم. قد تتضمن إعالة الأطفال التالي:

- التفود اللازم للحياة اليومية.
- مخصصات صحية وأو تعليمية.
- دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال.

يمكن أن يساعدك أخصائي الإعالة بالمكتب المعنى بشؤون إعالة الأطفال (OCS) في الشؤون التالية:

- العثور على والد(ة) الطفل الغائب(ة) أو على الوالدين الغائبين.
 - السعي لإثبات هوية الأب الشرعي للطفل بواسطة:
 - أوراق الإعلان الطوعي للأب.
 - دعوى قضائية لإثبات الأبوة.
 - السعي لإصدار أمر إعالة الطفل.
- تكون خدمات إعالة الطفل متوفرة إذا:
- كان الطفل يعيش في منزلك حيث لا يعيش أحد أو كلا أبويه الطفل

Early On®

- يمكن أن تتضمن خدمات **Early On** التالي:
- خدمات تقديرية
 - السمعيات
 - خدمات تشخيصية طيبة
 - التعرّف المبكر
 - تدريب العائلة على المهارات
 - خدمات صحية
 - زيارات منزلية
 - خدمات تمريضية
 - إرشادات غذائية
 - العلاج الوظيفي
 - باشلوجيا
 - خدمات نفسية
 - كشف صحي
 - تنسيق الخدمة
 - خدمات العمل الاجتماعي
 - معدات وأجهزة لذوي الاحتياجات الخاصة
 - تدريس لذوي الاحتياجات الخاصة
 - النطق
 - النقل
 - الإرشاد (عائلتي، جماعي، فردي)
 - خدمات بصيرية

ينسق برنامج Early On الخدمات للعائلات اللواتي لديهن طفلًا في سن يتراوح من الولادة إلى الثالثة من العمر ويعاني من إعاقة أو تأخير نمائي أو حالة طبية ذات الصلة.

لتبيّن إذا كان طفلك مؤهلاً لهذا البرنامج، يجب الاتصال به على رقم **327-5966-EarlyOn (1-800-EarlyOn)** أو الكترونياً على العنوان التالي: www.1800earlyon.org. سيقوم منسق في المقاطعة التي تعيش فيها بالتالي:

- إعلامك إذا كان طفلك مؤهلاً.
- مساعدتك إذا كنت تزيد خدمات Early On لطفلك.

ليس هناك تكلفة لإجراء تقدير للأهليّة لبرنامج Early On.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعالة.

برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP)

برنام الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيض استهلاك الطاقة (Weatherization Assistance Program: WAP).

برنام الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP) هو برنام ممول فيدرالي لحفظ الطاقة لمساكن ذوي الدخل المنخفض متاح لأصحاب البيوت والمستأجرين ذوي الدخل المنخفض في ولاية ميشيغان. تخفض هذه الخدمات استهلاك الطاقة وتخفيض من قيمة فواتير المنافع العامة. قد تتضمن الخدمات التالية:

- التغليف العازل للعلية وتهويتها.
- التغليف العازل للجدران.
- التغليف العازل للأساس.
- أجهزة إنذار الدخان.
- تنفييس ماكينة تشيف الغسيل.
- تخفيض تسريب الهواء.

تتوفر طلبات التقديم إلى برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية وتخفيض استهلاك الطاقة (WAP) من المشغل المحلي (Weatherization Operator). لشئون أعمال هذا البرنامج

لإيجاد المشغل المحلي لشئون أعمال حماية المنازل من العوامل الجوية في منطقتك، اذهب إلى الموقع الإلكتروني التالي: www.michigan.gov/dhs-womap

- الموارد:
- برنامج LIHEAP – اتصل بالخط الساخن لـ DHS لشئون الإعانة في مصاريف الطاقة على الرقم 5650-292-1800-1.
 - برنامج HHC أو برنامج WAP – اذهب إلى الموقع الإلكتروني التالي: www.michigan.gov/heatingassistance

الأشياء التي يجب عليك عملها

بتوقيعك على طلب الإعانة، فإنك توافق على القيام بهذه الأشياء.

إعطاء المعلومات الصحيحة والتبيّغ عن التغييرات (الكافية البرامج)

تغير ساعات العمل لأكثر من خمس ساعات في الأسبوع، وهذا إذا سيدوم ذلك إلى أكثر من شهر واحد.

تواريخ ابتداء تلقى الدخل غير المكتسب أو التوقف عن تلقيه (كمخصصات الضمان الاجتماعي أو البطالة أو التقاعد... الخ).

تغير في الدخل غير المكتسب بقدر يزيد عن: ٥٠ دولار في الشهر لمعظم البرامج.

- ٢٥ دولار في الشهر لمعظم برامج الإعانة الطبية (MA).

تغير العنوان.

التوقف عن دفع تكاليف الإسكان أو المنافع العامة أو بدء دفعها أو التغيرات الحاصلة فيها.

أي شخص ينتقل إلى منزلك أو يرحل عنه.

التغيرات في الحاجة إلى خدمة رعاية الأطفال، أو تكاليفها أو مقيمها.

التغيرات في مبلغ إعالة الطفل المدفوع أو المقبوض.

أقساط التأمين الصحي أو الطبي أو تغيير في التغطية.

المعلومات الصحيحة. يجب عليك أن تعطي DHS معلومات صحيحة وكاملة عن نفسك وعن كل واحد في أهل بيتك.

إذا أعطيت معلومات غير صحيحة أو ناقصة عن عمد، أو لم تقم بالتبيّغ عن تغيير ما، فقد تحاكم لشهادة الزور أو الاحتيال أو يُرفض طلبك للمخصصات. (راجع "العقوبات لمخالفة البرنامج عن عمد أو الاحتيال" من أجل الحصول على مزيد من المعلومات).

التبيّغ عن التغييرات. أخبر الأخصائي لدى DHS المسؤول عنك عن التغييرات في غضون ١٠ أيام من تاريخ التغيير. إذا ساورك أي شك حول ما إذا كان يتوجب عليك التبليغ عن تغيير ما، فيجب عليك الاتصال بالأخصائي المسؤول عنك في DHS حول هذا الأمر. سيعلمك الأخصائي لدى DHS إذا كان يسري عليك قواعد تبليغ أخرى.

أنواع التغييرات التي يجب عليك التبليغ عنها:

- بدء العمل في وظيفة جديدة أو ترك الوظيفة (في غضون ١٠ أيام من قبض الدفعة الأولى أو الدفعة الأخيرة للأجر) أو التغييرات الحاصلة.
- تغيير في الأجر (في غضون ١٠ أيام من قبض الدفعة الأولى التي تعكس التغيير).

*الاستثناء: بالنسبة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) فقط يجب التبليغ عندما يرحل الطفل من منزله في غضون ٥ أيام من التاريخ الذي تعرف فيه أن الطفل سيكون غائباً لمدة ٣٠ يوماً أو أكثر.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

يتالف برنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (Low Income Home Energy Assistance Program: LIHEAP) من أموال فيدرالية تعطي لكل ولاية مساعدة الأفراد والعائلات ذوي الدخل المنخفض بتكليف التدفئة. وتستخدم هذه الأموال في ولاية ميشيغان على البرامج التالية:

- حسم التدفئة المنزلية (HHC).
- الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (SER) – راجع الصفحة ٨.
- برنامج الإعانة لحماية المنازل من العوامل الجوية (WAP). لا يوجد طلب منفصل لوحده للتقديم لبرنامج إعانة ذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP).

حسم التدفئة المنزلية (Home Heating Credit: HHC)

برنامج حسم التدفئة المنزلية (HHC) متاح لجميع أهالي البيت ذوي الدخل المنخفض بما في ذلك الذين يتضمن قسط إيجارهم التدفئة. تحدد إدارة الخزانة لولاية ميشيغان (Michigan Department of Treasury) الأهلية وتدفع الدفعات.

تتوفر طلبات التقديم إلى برنامج حسم التدفئة المنزلية (HHC) في إدارة الخزانة وأينما تتوارد نماذج الضريبة [والكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/treasury]، اختر Income Tax Forms Treasury Quick List (قائمة الخزانة السريعة) الموجودة في الصفحة الرئيسية]. لا يتطلب منك أن تقدم كشف الإقرار الضريبي الخاص بالولاية لكي تتقاض حسم التدفئة المنزلية (HHC). تعتمد الأهلية على الدخل وعدد الإعفاءات الضريبية وتتكليف التدفئة لأهل البيت.

الأشياء التي يجب عليك عملها (تتمة)

تسديد المخصصات الزائدة (كافة البرامج)

الاسترداد. قد تحتفظ DHS بجزء من مخصصاتك التي ستصرف لك في وقت لاحق كتسديد للمخصصات الزائدة التي تلقيتها.

الإتجار. تُعامل مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) التي تباع أو يتاجر بها كمخصصات زائدة ويجب تسديدها.

الإفصاح عن المعلومات. إذا تلقيت أو تلقي أحد من أهل بيتك مخصصات زائدة، فقد تعطي المعلومات الموجودة على طلب الإعانة الخاص بك بما في ذلك أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية والوكالات الخاصة من أجل المساعدة في شؤون تحصيل استردادها.

إذا تلقيت أو تلقي أحد من أهل بيتك مخصصات غير مؤهلين للحصول عليها، فيجب على البالغين في أهل البيت تسديد هذه المخصصات الزائدة. يجب تسديد هذه المخصصات حتى ولو لم يكن هناك احتيال. وإذا عملت DHS خطأ، فيجب على البالغين في أهل البيت تسديد المخصصات الزائدة المصروفة لجميع الحالات ما عدا حالات الإعانة الطبية.

بالنسبة لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP)، قد يكون الممثل المفوض (أحد يمكنه الوصول إلى مخصصاتك الغذائية وتسوق المواد الغذائية لأجلك) مسؤولاً أيضاً عن تسديد المخصصات الزائدة لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP).

إعطاء أرقام الضمان الاجتماعي (المعظم البرامج)

ستساعدك DHS في التقديم للحصول على أرقام الضمان الاجتماعي. يجب إعطاء رقم الضمان الاجتماعي إلى DHS بمجرد حصولك عليه. وإذا لم تفعل ذلك، فقد تخفيض مخصصاتك أو يُرفض طلبك أو قد يتطلب عليك تسديد القيمة الزائدة عن القيمة الصحيحة.

ستستخدم DHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق ما إذا كنت مؤهلاً وإذا كنت تتلقى المخصصات الصحيحة. كما تستخدم DHS أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات مع وكالات أخرى. (راجع "المعلومات عن أهل بيتك التي سيتم مشاطرتها".)

بالنسبة لمعظم البرامج وعملاً بالقانون الفيدرالي 42 USC 7-1320b-7، يجب عليك أن تعطي أرقام الضمان الاجتماعي لكل واحد من المتقدمين.

تضمن الاستثناءات ما يلي:

- عند التقديم إلى خدمة رعاية الأطفال فقط، لا يتطلب منك إعطاء رقم الضمان الاجتماعي للبالغين أو للأطفال الذين لا يحتاجون إلى خدمة رعاية الأطفال.
- قد لا يزال يمكن لغير المواطنين الذين لا يمكنهم الحصول على رقم ضمان اجتماعي، أن يكونوا مؤهلين لتلقي الإعانة الطبية للخدمات الطارئة والحمل والولادة. (راجع "فيما يتعلق بالمواطنين وغير المواطنين").

السعى للحصول على مخصصات أخرى (المعظم البرامج)

(Veterans Administration)

ستعلمك DHS إذا كان يتطلب منك التقديم للمخصصات. وإذا لا تسعى الحصول على المخصصات عندما يتطلب منك عمل ذلك، فقد تقوم DHS بتحفيض مخصصاتك أو إغلاق حالتك أو رفض طلبك.

يجب عليك التقديم لمخصصات أخرى قد تكون مؤهلاً لها، مثل:

- مخصصات البطالة.
- مخصصات الضمان الاجتماعي ومخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI).
- مخصصات من إدارة شؤون الجنود القادمي

تحصين الأطفال دون سن السادسة - تلقوها (برنامج استقلال العائلة - FIP)

يعفى الطفل من متطلبات التحصين، إذا كان:

- أقل من شهرين من العمر.
- التحصينات غير ملائمة طبياً للطفل.
- التحصينات ضد المعتقدات الدينية للعائلة.

يجب تحصين الأطفال دون سن السادسة كما توصي به إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health).

قد تخفيض مخصصاتك النقدية بمقدار 25 دولار كل شهر حتى يتم تحصين أطفالك حسب المفروض.

التفيد بقوانين العمل إذا كان مقدم خدمة رعاية الأطفال يعمل في منزلك (برنامج نمو ورعاية الأطفال: CDC)

- أن تدفع ما لا يقل عن الحد الأدنى للأجور.
- أن تعطي نموذج W-2.

وفي حال عدم التفيد بقوانين الفيدرالية، فقد يقتضي عليك دفع غرامات وجزاءات إلى الحكومة الفيدرالية. لمزيد من المعلومات، اتصل بخبير في شؤون الضريبة.

إذا كان مقدم خدمة رعاية الأطفال يقدم الرعاية لطفلك (أو أطفالك) في منزلك فأنت في هذه الحالة رب العمل ويجب عليك الامتثال بقوانين العمل الفيدرالية. وبموجب القانون الفيدرالي، قد يقتضي عليك:

- أن تدفع الضرائب المفروضة على رب العمل (الضمان الاجتماعي، المديكير، البطالة،... الخ).

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

الأشياء التي يجب عليك عملها (تتمة)

إجراءات إعالة الأطفال (المعظم البرامج)

للقصير في الامتنال بأحد متطلبات برنامج استقلال العائلة (FIP).

عندما تحصل على المنحة المالية من برنامج استقلال العائلة (FIP) فأنك تعطي (تتنازل عن) أي إعالة جارية لك (الفقة الزوجية) أو لأطفال قاصرين في منزلك (إعالة الأطفال) إلى DHS. وهذا يعني أنه عندما تحصل على منحة من برنامج استقلال العائلة (FIP)، فإن جزءاً من الفقة الزوجية أو إعالة الأطفال التي تحصل عليها من شخص آخر قد تذهب إلى DHS لتسديد قدر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP).

ومع ذلك، ستحصل على منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة وبلغ يصل إلى ٥٠ دولار من إعالة الأطفال من مبلغ الإعالة التي تقوم بتحصيلها كل شهر. عندما تتنازل منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) وتحصل على أكثر من ٥٠ دولار من إعالة الأطفال في الشهر، فقد يتطلب منك رده أو تسديده إلى مكتب DHS في المقاطعة التابع إليها. إذا كان لديك أستئلة حول ما إذا كان يتوجب عليك الاحتفاظ بإعالتك، فعليك الاتصال بمكتب DHS المحلي التابع له. يجب عليك رد المال الذي لا يتوجب عليك الاحتفاظ به إلى DHS. وإذا لم تقم برد المال، فقد تخسر منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك أو قد تخفض قيمتها.

إذا كان مبلغ الإعالة الذي تقوم DHS بتحصيله أكثر من منحة برنامج استقلال العائلة (FIP) الخاصة بك لقدر شهرين على الأقل، فقد تقوم DHS بإغلاق ملف حالتك في برنامج استقلال العائلة (FIP) لكي يمكنك استلام دفعات الإعالة بشكل مباشر.

إذا كنت تحصل على مخصصات الإعالة الطبية (MA) لأطفالك، فأنك تعطي (تتنازل عن) حقوقك للإعالة الطبية الجارية والماضية إلى إدارة الصحة المجتمعية (Department of Community Health: DCH). وهذا يعني أنه عندما تحصل على مخصصات الإعالة الطبية (MA)، ستذهب دفعات الإعالة الطبية التي تحصل عليها من شخص آخر إلى DCH.

التقيد بقواعد العمل والعقوبات {برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP)، وبرنامج الإعالة الغذائية (FAP)}

تعتمد قواعد العمل التي تسرى عليك سواء كنت تتنازل الإعالة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP)، أو مخصصات من برنامج الإعالة الغذائية (FAP) بدون إعالة نقدية.

المحتمل استمرار صرف مخصصاتك إذا وافقت على إكمال الواجب المعطى لك من الأخصائي المسؤول عنك في DHS في غضون ١٠ أيام. ستعطي هذه الفرصة لمرة واحدة فقط.

احتساب جميع أشهر العقوبة تجاه حد ٤٨ شهرًا على مدى الحياة الخاص بك.

توقف الإعالة النقدية لبرنامج إعالة اللاجئين (RAP) لمدة ثلاثة أشهر على الأقل (ولكن من المحتمل أن يكون بقية أهل بيتك مؤلاً لها).

إذا كنت تتنازل منحة نقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) ومخصصات من برنامج الإعالة الغذائية (FAP)، فستقوم بالتالي:

- توقف أو تخفيض مخصصاتك من برنامج الإعالة الغذائية (FAP) لمدة شهر واحد على الأقل إذا لم يتم إعفاءك من قواعد العمل السارية على البرنامج.

- احتساب مبلغ مonth من برنامج استقلال العائلة (FIP) كدخل لثلاثة أشهر أو عقوبة لـ ١٢ شهر.

قواعد العمل لبرنامج الإعالة الغذائية (FAP). (ملاحظة: إذا كنت تتنازل مخصصات نقدية وغذائية معًا، فيجب عليك التقيد بقواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP)).

إذا كنت تعمل في وظيفة، فلا يجوز لك:

- أن تترك وظيفة تعمل فيها ٣٠ ساعة أو أكثر في الأسبوع.
- أن تخفض طوعاً ساعات العمل دون ٣٠ ساعة في الأسبوع بدون إعطاء مبرر وجيه.

- إن تُطرد من الوظيفة لأسباب سوء التصرف أو التغيير عن العمل.

إذا كنت لا تعمل الآن أو تعمل أقل من ٣٠ ساعة في الأسبوع، فلا يجوز لك:
- أن ترفض عرضًا لوظيفة.

إذا كنت لا تعمل الآن أو تعمل أقل من ٣٠ ساعة في الأسبوع، فلا يجوز لك:
- أن ترفض الاشتراك في أنشطة مفروضة ذات صلة بالتوظيف يجب

عليها التي تنازل مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP).

إذا كنت تتنازل مخصصات من برنامج استقلال العائلة (FIP)، أو برنامج الإعالة الغذائية (FAP)، أو برنامج الإعالة (MA)، أو برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) وكان لديك طفل قاصر في منزلك، حيث لا يعيش أحد أو كلا أبويه في منزلك، فسوف تستسلم رسالة من أخصائي شؤون الإعالة عن برنامج إعالة الأطفال. يجب عليك الاتصال بأخصائي شؤون الإعالة عندما تستلم الرسالة. ويجب عليك العمل مع المكتب المعنى بشؤون إعالة الأطفال ومحامي الإدعاء المعين من مكتب المقاطعة وأصدقاء المحكمة.

المبرر الوجيه. لن تفرض عليك DHS متابعة قضية الأبوة أو الإعالة إذا كان لديك مبرر وجيه.

لكي تدعى أن لديك مبرر وجيه، يجب عليك إعلام الأخصائي المسؤول عنك في DHS به وأن تطلب تعينة نموذج الإدعاء بمبرر وجيه ("Claim of Good Cause"). قد يطلب منك تقديم الإثبات بذلك.

وإذا لم تتعاون مع إجراءات إعالة الأطفال عندما يقتضي عليك عمل ذلك، ولا يوجد لديك سبب لمبرر وجيه، ستقوم DHS بعمل كافة الأشياء التالية:
• توقف صرف مخصصات الإعالة الغذائية من الشخص الذي لا يتعاون لمدة شهر واحد على الأقل.

• رفض طلب الإعالة الطبية أو توقف المخصصات الطبية لمدة شهر واحد على الأقل. لن ترفض الطلب للمديكيد أو نوقف مخصصات المديكيد للأطفال أو النساء الحوامل.

• رفض طلب خدمة رعاية الأطفال أو توقف مخصصات خدمة رعاية الأطفال لمدة شهر واحد على الأقل.

• رفض الطلب أو توقف مخصصات الإعالة النقدية لكل أهالي البيت لمدة شهر واحد على الأقل.

• رفض الطلب المقدم للحصول على الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية

التقيد بقواعد العمل والعقوبات {برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP)} أو برنامج إعالة الغذائية (FAP) بدون إعالة نقدية

قواعد العمل السارية على الإعالة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP). يجب على عائلتك استكمال ملء أداء الفرز الآلي للعائلات (FAST) Family Automated Screening Tool: FAST ووضع خطة الاكتفاء الذاتي للعائلة Family Self-Sufficiency Plan: FSSP

وهي تسرد هذه الخطة أنشطة العمل التي يجب عليك القيام بها في وقت يصل إلى ٤٠ ساعة في الأسبوع لكي تتنازل الإعالة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP)، وتضع تفاصيل هذه الخطة مع الأخصائي المسؤول عنك في DHS ووكالة Michigan Works.

يجب على البالغين (والأطفال في سن ١٦ وما فوق الذين لا يداومون في المدرسة على أساس دوام كامل) الذين يتلقون الإعالة النقدية من برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP) القيام بالتالي:

• استكمال أداء الفرز {أداء الفرز الآلي للعائلات (FAST)} المنسوبة في وضع خطة الاكتفاء الذاتي للعائلة (FSSP) والامتنال بها.

• عدم ترك الوظيفة أو رفض العمل في وظيفة ما أو تخفيض ساعات العمل.

• عدم الطرد من الوظيفة لأسباب سوء التصرف أو التغيب عن العمل.

• الامتنال بالعمل الموكل أو أنشطة الاكتفاء الذاتي أو كلاهما.

الجزاءات لمخالفه قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP). إذا خالفت قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعالة اللاجئين (RAP) بدون تقديم مبرر وجيه (راجع "المبرر الوجيه". على الصفحة ٢)، ستقوم DHS بالتالي:

• رفض طلبك (قد يمكنك التقديم من جديد).

• توقف الإعالة المالية لسائر أفراد عائلتك من برنامج استقلال العائلة (FIP) لمدة ثلاثة أشهر للمخالفة الأولى والثانية ولمندة ١٢ شهراً للمخالفة الثالثة وما يليها.

ملاحظة: بالنسبة لعدم الامتنال الأول بدون إعطاء مبرر وجيه، من يجب عليك قراءة كتب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعالة.

الأشياء التي يجب عليك عملها (تنمية)

من المحمّل أن تتطبق عليك الأوقات المحددة الخاصة ومتطلبات العمل وذلك إذا كنت:

شخصاً ليس لديك إعاقة.

لا يقل عمرك عن ١٨ سنة ولكن دون سن الـ ٥٠، و

تعيش في أهل بيت بدونأطفال دون سن الـ ١٨ (بعض النظر إذا كنت تمت لهم بقرابة أو لا).

العقوبات لمخالفة قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية. إذا كنت تتلقى مخصصات برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وخالفت قواعد العمل بدون إعطاء مبرر وجيه، فسيتم توقف مخصصاتك أو تخفيضها للأجل التالي:

- ما لا يقل عن شهر واحد للمرة الأولى، و
- ستة أشهر لكل مرة تالية بعد المرة الأولى.

قواعد الإعانة الغذائية لوقت محدود. (ملاحظة: لا تكون الإعانات الغذائية لوقت محدود سارية دائماً، لهذا، عليك الاستفسار عنها من الأخصائي المسؤول عنك في DHS).

أرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه { برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) }

المبرر الوجيه. يحق لك الإدعاء بمبرر وجيه إذا كنت تعتقد أنه ينبغي إعفاؤك من قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) وأو برنامج الإعانة الغذائية (FAP). وإذا كنت تظن أن لديك سبباً لمبرر وجيه، فعليك الاتصال فوراً بالأخصائي المسؤول عنك في DHS. ملاحظة: قد تتغير الأسباب للمبرر الوجيه.

برنامجه استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) أو برنامج الإعانة الغذائية (FAP)- الأسباب الداعية لمبرر وجيه:

حادثة غير مخطط لها أو عامل لا يسمح لك استيفاء قواعد العمل (مثل، العنف العائلي أو الديانة أو مخاطر على الصحة أو السلامة، أو التشرد).

المرض أو الإصابة.

طلبت خدمة رعاية الأطفال إلا أنها لم تقدم لك.
طلبت خدمات النقل إلا إنها لم تقدم لك.

الذهب والإياب يستغرق وقتاً طويلاً (أكثر من ساعتين في اليوم أو أكثر من ثلاثة ساعات في اليوم مع احتساب وقت الذهب والإياب إلى مقدم خدمة رعاية الأطفال).

تركت وظيفة لتشغل في وظيفة مماثلة.

تطلب منك وظيفتك ارتكاب أنشطة غير قانونية.
غير قادر جسدياً أو عقلياً للقيام بالوظيفة.

قام رب عملك بالتمييز ضدك على أساس العمر، العرق، اللون، الجنس، المنشأ الوطني، الإعاقة، الديانة،... الخ.
تعمل ٤٠ ساعة في الأسبوع بأجر لا يقل عن حد الأجر الأدنى بالولاية.

عدم تقديم ملامحات ضمن المعمول.

لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط - قد يكون لديك سبب لمبرر وجيه في الحالات التالية:

إذا تم إرجاعك.

إذا انتقلت إلى مكان آخر بسبب وظيفة أو تقدير/ تدريب فرد آخر من أفراد أهل البيت.

إذا كان لديك وظيفة تقضي عليك أن تتقاعد أو تسترنك أو تستقيل أو تمتغع عن الاشتراك في نقابة عمال أو منظمة.

إذا كان لديك وظيفة في عمل موظفيه مضربين عن العمل أو في عمل يحجب العمال عن العمل.

إذا كانت ظروف العمل غير معقولة.

إذا عرضت عليك وظيفة خارج نطاق خبرة عملك خلال الـ ٣٠ يوم الأولى بصفة مشتركة في برنامج الإعانة الغذائية (FAP) بعد تحديدك من قبل DHS ملزم على العمل.

إذا كان رب عملك غير قادر على الوفاء بوعده تشغيلك.

إرجاء قواعد العمل والمبرر الوجيه { برنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP) }
إلغاء القافية أو الغذائية من قواعد العمل. إذا كنت تتلقى المساعدة النقية من برنامج استقلال العائلة (FIP) وكانت معيها من قواعد العمل، فقد يقتضي عليك عمل أنشطة أخرى. وإذا كنت تظن أنه ينبغي إعفاءك من قواعد العمل، فعليك أن تتحدث مع الأخصائي المسؤول عنك في DHS.

ملاحظة: قد تتغير الأسباب التي دعت إلى إعفائك.

قد تغدو من قواعد العمل لبرنامج استقلال العائلة (FIP) أو برنامج إعانة اللاجئين (RAP)، إذا كنت:

دون سن الـ ١٦.

١٥ سنة من العمر أو أكبر سنًا من ذلك.

والـ(ة) طفل رضيع دون ثلاثة أشهر من العمر. قد يتم تعينك في أنشطة تعزيز العائلة بمجرد أن يصبح عمر طفل الرضيع ستة أسابيع.

والـ(ة) طفل صغير مشترك في برنامج Early On®.

تعمل ٤٠ ساعة في الأسبوع.

في عمر بين ١٦ و ١٩ سنة، وتداوم في المدرسة بدوام كامل، وتتوقع أن تخرج قبل بلوغ سن الـ ٢٠.

الاعتناء بطفل ذو إعاقة أو بزوجـ(ة) ذو إعاقة (ويعتمد هذا على احتياجات الشخص ودوام الطفل في المدرسة).

شخص يعني من إعاقة أو قيود طبية.

المعاناة من حادثة حرجة مؤقتة مثل العنف العائلي (خاضع لتحديد DHS).

قد تغدو من قواعد العمل لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) إذا كنت:

٦٠ سنة من العمر أو أكبر سنًا من ذلك.

الاعتناء شخصياً بطفل دون سن السادسة من العمر يتلقى مخصصات من برنامج الإعانة الغذائية (FAP) على حالي.

العمل ٣٠ ساعة في الأسبوع أو كسب الأجر الأدنى على الأقل ضرب ٣٠ ساعة في الأسبوع.

الموظبة في مدرسة ثانوية أو برنامج تعليمي للبالغين أو برنامج دبلوم الكفاءة العامة (GED) ما لا يقل عن نصف الوقت.

مصاب بإصابة أو مريض أو تعنت شخصياً بأحد من أفراد أهل البيت يعني من إعاقة.

حامل في الشهر السابع إلى التاسع.

حامل مع مضاعفات طبية.

تقديم طلب لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) في مكتب الضمان الاجتماعي.

داخل في برنامج علاج أو إعادة تأهيل لسوء استخدام المواد المخدرة.

مقم طلب لتلقى مخصصات البطالة أو تلقاها حالياً.

استئناف رفض طلب مخصصات البطالة.

أشياء مهمة لمعرفتها

العقوبات لمخالفة البرنامج عن عدم أو الاحتيال {برنامج الإعالة الغذائية (FAP)، برنامج استقلال العائلة (FIP)، إعالة الإعالة من الولاية (SDA)}

مخالفة البرنامج عن عدم هي عندما تدلي ببيان كاذب أو مضلل، تكتم الحقائق أو تحرّفها أو تحجبها عن قصد من أجل تلقي مخصصات إضافية أو الاستمرار في تلقيها.

الاحتياط / مخالفة البرنامج عن عدم – إذا رأينا أنك ارتكبت احتيالاً / مخالفة البرنامج عن عدم، فقد نعقد جلسة استماع إدارية، ونوجه تهمة جنائية ضدك، أو نطلب منك أن توافق طوعاً على اتفاق تجريدي الأهلية من البرنامج.

الاتجار بمخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) – قد تكون أيضاً مذنبًاً بارتكاب احتيال / مخالفة البرنامج عن عدم إذا تاجرت أو بعت مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) أو بطاقة "بريدج". لا يجوز لك استخدام مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" تخص أهل بيتك لمنفعة أهل بيتك. ولا يجوز لك استخدام مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" لشراء أي شيء آخر غير المواد الغذائية أو البذور والنباتات لزرعها واستخدامها كطعام لأهل بيتك.

وإذا ثبّتت في المحكمة أنك مذنب بتهمة الاحتيال:

- ستُخضع إلى عقوبات جنائية (مثل، غرامات تصل إلى ٢٥٠٠٠ دولار، الحكم بالسجن / الحبس إلى ٢٠ سنة أو كلاهما). قد تتم بموجب قوانين فيدرالية أخرى وقد تمنعك المحكمة من تلقي المخصصات لفترة ١٨ شهراً إضافية، ويجب عليك تسديد أي مخصصات زائدة تلقيتها بسبب الاحتيال / مخالفة البرنامج عن عدم، وستُجرّد من الأهلية من تلقي مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعالة الإعالة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعالة الغذائية (FAP) – راجع الجدول أدناه.

وإذا ثبّتت أنك مذنب بمخالفة البرنامج عن عدم في جلسة استماع إدارية، أو قمت طوعاً بتوقيع تجريدي الأهلية:

- ستُجرّد من الأهلية لتلقي مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعالة الإعالة من الولاية (SDA) و/أو برنامج الإعالة الغذائية (FAP) – راجع الجدول أدناه، و يجب عليك تسديد أي مخصصات زائدة تلقيتها بسبب الاحتيال / مخالفة البرنامج عن عدم.

ستخسر مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) / إعالة الإعالة من الولاية (SDA) للمرة التالية:	<p>إذا تفعّل أيًّا من التالي:</p> <ul style="list-style-type: none">• إدلاء بيان كاذب أو مضلل.• التكتم عن الحقائق أو تحرّفها أو حجبها من أجل تلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها.• المتاجرة أو البيع بقدر يقل عن ٥٠٠ دولار من مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج".• استخدام مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) لشراء أشياء غير مؤهلة بموجب البرنامج مثل المشروبات الكحولية أو التبغ والتتبّاك.• استخدام مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) أو بطاقات "بريدج" تخص أهل بيتك لغير أهل بيتك.
ستخسر مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) للمرة التالية:	<p>إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none">• مدانًاً من محكمة أو تبيّن أنك مذنب من جلسة استماع إدارية للكذب عن مكان سكنك لكي تلقي مخصصات من حالي أو أكثر في نفس الوقت.
ستخسر مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) للمرة التالية:	<p>إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none">• مدانًاً في محكمة للكذب عن مكان سكنك لكي تلقي مخصصات من حالي أو أكثر في نفس الوقت. <p>* تتضمن المخصصات البرنامج الممولبة بموجب الباب الرابع - A من قانون الضمان الاجتماعي، المديكيد ودخل الضمان الاجتماعي التكميلي. لن توقفك هذه العقوبة من تلقي الإعالة الطبية (MA)</p>
ستخسر مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) للمرة التالية:	<p>إذا أدانت المحكمة أي فرد من أفراد أهل بيتك بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none">• المتاجرة بمخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) لقاء المخدرات.
ستخسر مخصصات برنامج الإعالة الغذائية (FAP) للمرة التالية:	<p>إذا أدانت المحكمة أي فرد من أفراد أهل بيتك بشأن:</p> <ul style="list-style-type: none">• المتاجرة بمخصصات برنامج الإعالة الغذائية لقاء الأسلحة أو الذخيرة أو المتفجرات.• المتاجرة أو شراء أو بيع مقدار ٥٠٠ دولار أو أكثر من مخصصات برنامج الإعالة الغذائية لأي شيء غير المواد الغذائية.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعالة.

أشياء مهمة لمعرفتها (تنمية)

العنف العائلي

- من المعلومات أو للوصول إلى هذه الخدمات.
الموارد:
 - إلكترونياً على العنوان التالي:
www.michigan.gov/heatingassistance
 - نشرة DHS رقم 859، بعنوان Is Someone Hurting You or Your Children? (هل يؤذيك أو يؤذي أطفالك أحد؟) (كما أن هذه النشرة متوفرة باللغة الإسبانية) – إلكترونياً على العنوان التالي:
www.michigan.gov/dhs-publications

قد تكون قادرین على التنازل عن بعض متطلبات البرنامج (مثل العمل، أو التقىش عن وظيفة، أو السعي للحصول على إعالة الطفل أو الذهاب إلى المدرسة) إذا كان الاشتراك:

- سيضعف أو سيضع أحد أفراد العائلة في موضع خطر الأذى الجسدي أو العاطفي.
- سيعرضك إلى انتهاك جنسي.
- أو سيكون مجحفاً بحقك.

DHS إذن لتلقي خدمات عنف عائلي شاملة. يجب الاتصال بمكتب DHS في منطقتك أو بالأخصائي المسؤول عنك في DHS للحصول على مزيد

إذا كنت تتلقى مخصصات عشارية

قد تتلقى المنظمات العشارية أموالاً لأجل برنامج إعانة لذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية (LIHEAP) من الحكومة الفيدرالية. تقتصر الدفعات على أعلى مبلغ متوفّر إما من DHS أو من المنظمة العشارية. ستطلب منك DHS أن تقدم الإثبات بدفعة برنامج الإعانة لذوي الدخل المنخفض في مصاريف الطاقة المنزلية العشارية التي تتلقاها.

لا يمكنك أن تتلقى مخصصات غذائية من برنامج توزيع غذائي عشاري ومن برنامج الإعانة الغذائية في نفس الوقت.

لا يمكنك أن تتلقى الإعانة المؤقتة للعائلات المحاجة (TANF) العشارية (إعانة نقية) من عشيرة ما وتتلقى المخصصات النقدية لبرنامج استقلال العائلة (FIP) من DHS في نفس الوقت.

بطاقة "بريدج"

للمخصصات على رقم الاتصال المجاني 1-8914-878-678-888 من أجل:

- التبليغ عن بطاقة مفقودة أو مسروقة أو تالفة.
- طلب بطاقة جديدة بدل ضائع أو تالف.
- تأسيس الرقم التعريفي الشخصي (PIN) أو تغييره.
- معرفة رصيده.

يمكن الوصول إلى الإعانة النقدية أو المخصصات الغذائية أو إلى كلاهما باستخدام بطاقة الدفع الفوري (Debit Card). وتسمى هذه البطاقة ببطاقة "بريدج" أو بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات (Electronic Benefit Transfer: EBT).

يجب عليك الاتصال بقسم خدمة الزيان في قسم التحويل الإلكتروني

اتفاقيات التسديد

بتوقيعك على طلب الإعانة، فأنت توافق على هذه الأشياء:

استرداد التكاليف الطبية [الإعانة الطبية (MA)، البرنامج الطبي للبالغين (AMP)]

شخص ثالث أو مقاول عام أو خاص. يجب أن تُدفع أي دفعة مستردة تتلقاها إلى State of Michigan, MDCH.
الاستثناء: لا تسترد الدفعات من المديكير.

إذا قام أي برنامج تتولى إدارته إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Community Health: MDCH) بدفع تكاليف المستشفى أو الخدمات الجراحية أو الطبية، فأنت توافق على أن حق استرداد الدفعات (من التأمين، الدعاوى، ...الخ) محول إلى إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (MDCH). ويتضمن هذا دفعات من

المبالغ المدفوعة دفعة واحدة والمخصصات المتراكمة [فيما يتعلق ببرنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) وبرنامج استقلال العائلة (FIP) الممول من الولاية]

وتوافق على أن تحتفظ DHS بما فيه الكفاية من المبلغ المدفوع دفعة واحدة أو المخصصات المتراكمة لتسديد أي إعانة ممولة من الولاية بينما كانت مطالبتك قيد النظر. سترسل DHS إليك بقية المبلغ فوراً.

إذا أرسلت إليك الدفعة الأولى للمخصص المتراكم، فأنت توافق على أن تدفع فوراً إلى DHS لقاء الإعانة الممولة من الولاية (SDA) التي تلقفتها بينما كانت مطالبتك قيد النظر.

إذا كنت تعترض على المبلغ الذي تحتفظ به DHS، فراجع قسم الحقوق في جلسات الاستماع".

إذا كنت تتلقى مخصصات برنامج إعانة الإعاقة من الولاية (SDA)، فإنك توافق على تسديدها إلى DHS في حال تلقيك التالي:

- مدفوعات المبالغ المدفوعة دفعة واحدة مثل الميراث وتسوية التأمين، ...الخ، أو
- المخصصات المتراكمة التي تدفع على نحو رجعي مثل مخصصات البطلة أو تأمين تعويض العمال ("وركرز كومبنيشن").

إذا كنت تتلقى إعانة الإعاقة من الولاية (SDA) أو مخصصات برنامج استقلال العائلة (FIP) الممول من الولاية، فأنت توافق على تسديدها إلى DHS إذا تلقيت مخصصات الـ SSII بمفعول رجعي.

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

المعلومات التي س يتم مشارتها مع الغير عن أهل بيتك

بتوجيه طلب الإعانة، فأنك تواكب أن DHS يمكنها أن تشارط المعلومات عنك وعن أهل بيتك مع الغير، وأنه يمكن للوكالات الأخرى أو الأشخاص الآخرين إعطاء هذه المعلومات عنك، على النحو المبين أدناه:

المعلومات التي ستحصل عليها DHS من الآخرين

التحقق عبر الأجهزة الحاسوبية "كومبيوتر" (الكافة البرامج) –
ستراجع DHS الوكلالات الفيدرالية والولاية وال الخاصة لكي تتأكد من صحة المعلومات التي تدلي بها على طلب الإعانة. قد تتحقق DHS من صحة الأجور والدخل والأصول ومخصصات البطالة ومباغ ضريبية الدخل المسترددة ومخصصات وأرقام الضمان الاجتماعي وإعالة الأطفال ووضع الهجرة، ... الخ.

إذا قمت بإعطاء أي معلومات غير مطابقة، فستتحقق DHS من صحتها. قد يطلب منك إعطاء الإذن للاتصال بأرباب العمل والبنوك والأشخاص الآخرين.

كما ستتحقق DHS من صحة المعلومات لديها مع السجلات الموجودة لدى الولايات الأخرى. كما قد يرفض طلبك للمخصصات في ولاية ميشيغان إذا تم تجريدك أو تجريد أحد من أهل بيتك من الأهلية في ولاية أخرى.

المعلومات التي ستعطيها DHS إلى الآخرين

وإشعارات إلى مقدم خدمة رعاية الأطفال الخاص بك عندما يقوم برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) باتخاذ التالي:

- رفض الطلب أو سحبه.
- اعتماد الدفعات أو تغييرها.
- إغلاق الحاله.

معلومات من مصلحة الضمان الاجتماعي (Social Security) (Administration) (الكافة البرامج). توافق على أنه يجوز مصلحة الضمان الاجتماعي أن تعطي DHS كافة المعلومات اللازمة لتحديد أهل بيتك.

تحقيق مراقبة الجودة (الكافة البرامج) – قد تختار DHS حالتك لاستعراض مراقبة الجودة. إذا اختيرت حالتك، فسيحصل بك كل من DHS وأشخاص آخرون والموظفو و/أو الوكلالات لإثبات المعلومات المقدمة على طلب الإعانة الخاص بك.

تحقيق جهات إنفاذ القانون {برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وبرنامج استقلال العائلة (FIP)} – تتنقلى DHS معلومات من جهات إنفاذ القانون الرسمية لأغراض القبض على الفارين من القانون.

معلومات الفوترة لخدمة رعاية الأطفال {برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC)} – ستنستخدم DHS المعلومات القادمة من مقدم خدمات رعاية الأطفال الخاص بك ومنك من أجل تحديد الأهلية لبرنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) ومقدار الدفعات.

تحقيق جهات إنفاذ القانون {برنامج الإعانة الغذائية (FAP) وبرنامج استقلال العائلة (FIP)} – تتنقلى DHS معلومات من جهات إنفاذ القانون الرسمية لأغراض القبض على الفارين من القانون.

معلومات الأهلية {برنامج الإعانة الغذائية (FAP)} – سترسل DHS معلومات الأهلية لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) إلى المدارس. ستسمح هذه المعلومات لطفلك (أطفالك) أن يتلقى وجبات غذائية مجانية أو بتكلفة منخفضة.

برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) – سترسل DHS معلومات

تنسيق الرعاية الصحية

معلومات عنك أو عن طفلك أو القاصر الذي تكون ولي أمره {الإعانة الطبية (MA)} – قد يتم مشارطة المعلومات الضرورية بين خطط وبرامج الرعاية الصحية المدارة التابعة لبرنامج المديكين التي تكون مشتركة فيها. قد تتشاطر الخطط الصحية والبرامج ويتشاطر مقدمو الخدمات الذين يقومون بإيئاء الرعاية الصحية لك المعلومات الضرورية من أجل إدارة وتنسيق الرعاية الصحية والمخصصات. قد تتضمن هذه المعلومات، أينما تكون ملائمة، معلومات ذات صلة بالـ HIV (فيروس العوز المناعي البشري) أو الآيذز - AIDS (متلازمة العوز المناعي المكتسب) أو المعتقد المرتبط بالآيذز (ARC) أو الأمراض السارية الأخرى، معلومات عن خدمات الصحة السلوكية أو العقلية، والإحالة أو العلاج للحالات المتعلقة بالكحول وسوء استخدام المخدرات والعقاقير كما يسمح به الجزء الثاني من مدونة الأنظمة الفيدرالية رقم .(42 CFR Part 2) 42

- تنسيق برامج الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية {الإعانة الطبية (MA)} – يعتمد برنامج الإعانة الطبية التابع للولاية على عدد كبير من البرامج الصحية ذات الرعاية المدار، وبرامج الصحة العقلية وبرامج سوء استخدام المواد المخدرة، ومقدمي الرعاية في القطاع الخاص لإيئاء رعاية ذات جودة لأشخاص مثلك. وللتتأكد بأنك تتقى أعلى مستوى من الرعاية وأن مخصصاتك منسقة، فقد ينشاطر مقدمو الخدمات في البرنامج معلومات عن رعيتك (أو رعاية طفلك أو القاصر الذي تكون ولي أمره) مع مقدمي خدمات آخرين في البرنامج وعندما يتطلب الأمر إلى هذا معلومات واستشارات من الناحية السريرية (الإكلينيكية).

مراجع المواقع الإلكترونية

- التعليم المهني وبرامج القوى العاملة: www.michigan.gov/mdcd
- الجسم الضريبي على أساس الدخل المكتسب: www.michiganeic.org
- برامج الإعانة في مصاريف الطاقة: www.michigan.gov/heatingassistance
- أداة الفرز الآلي للعائلة (Family Automated Screening Tool: FAST) www.michigan.gov/fast
- أداة الأهلية والفرز المسبق لبرنامج خدمات الإعانة والإحالة لولاية ميشيغان www.michigan.gov/mars
ملاحظة: لتنبين إذا كنت مؤهلاً لأي من برامجنا، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني MARS. ستسأل عن معلومات حول عائلتك وأهل بيتك للمساعدة في تحديد أهليتك.
- إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان [www.michiganstepsup.org](http://www.michigan.gov/michiganstepsup)
- (Michigan Department of Community Health: MDCH) www.michigan.gov/mdch
 - أنماط الحياة الصحية: www.michigan.gov/miseniors
 - المكتب المعنى بخدمات المسنين:
 - برنامج النساء والرضع والأطفال (Women, Infants and Children: WIC) www.michigan.gov/wic
- إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS) www.michigan.gov/dhs
 - www.michigan.gov/dhs-cash الإعانة النقدية
 - www.michigan.gov/dhs-ssi الإعانة النقدية - SSI
 - www.michigan.gov/childcare رعاية الأطفال
 - www.michigan.gov/childsupport إعالة الأطفال
 - www.michigan.gov/dhs-applicationprocess معالجة طلب العميل
 - www.michigan.gov/dhs-countyoffices مكاتب DHS في المقاطعات
 - [DHS www.michigan.gov/dhs-forms](http://www.michigan.gov/dhs-forms) نماذج وطلبات
 - www.michigan.gov/dhs-manuals كتيبات حول سياسة DHS وإجراءاتها
 - www.michigan.gov/dhs-ser الخدمات الطارئة
 - www.michigan.gov/foodstamps الإعانة الغذائية
 - www.michigan.gov/dhs-medical الخدمات الطبية
 - www.michigan.gov/disabilityresources موارد الإعاقة في ولاية ميشيغان:

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.

المنشورات

إذا كنت تود الحصول على أي من هذه المنشورات، فأطلبها من الأخصائي المسؤول عنك في DHS. المنشورات (يشار إليها بالختصر Pub) التالية متوفرة إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-publications. تتوفر بعض المنشورات باللغة الإسبانية حينما يضاف إليها (Sp).

• رعاية الأطفال

- Provider Handbook and Reporting Instructions for Child Care Providers - (DHS Pub 230) (كتيب مقدم الخدمة وتعليمات التبليغ لمقدمي خدمات رعاية الأطفال). (متوفّر إلكترونياً فقط).
- Accreditation: Added Security When Choosing Child Care (DHS Pub 626) (Sp) (الاعتمادات: راحة بال إضافية عند اختيار رعاية الأطفال)
- 4 Steps to Choosing Quality Child Care - A Parent's Checklist (DHS Pub 836) (Sp) (أربع خطوات لاختيار رعاية أطفال ذات جودة – قائمة مرجعية للأبوين).

• إعالة الأطفال

- Understanding Child Support: A Handbook for Parents (DHS Pub 748) (Sp) (تقهّم إعالة الطفل – كتيب للأباء والأمهات).
 - What Every Parent Should Know About Establishing Paternity (DHS Pub 780) (Sp) (ماذا ينبغي على كل أب أن يعرف عن إقامة تثبيت الأبوة)
 - Fatherhood: Taking Responsibility for Your Child (DHS Pub 806) (الأبوة – تحمل مسؤولية طفلك).
 - DNA Paternity Testing: Questions and Answers (DHS Pub 865) (Sp) (اختبار الحمض النووي لتحديد هوية الأب: أسئلة وأجوبة)
 - العنف العائلي - (هل يؤذيك أو يؤذى أطفالك أحد؟) (DHS Pub 859) (Sp) – شرح عن العنف العائلي وتنازلات (إعفاءات) البرنامج.
 - برنامج الإعانة الغذائية (FAP) • Food Assistance Benefits in Michigan (DHS Pub 16) (Sp) (مخصصات الإعانة الغذائية في ولاية ميشيغان) – شرح عن برنامج الإعانة الغذائية.
 - Notice to Potential Home Heating Credit Recipients (DHS Pub 788) (Sp) (إشعار إلى المتألقين المحتملين لحسن التدفئة المنزلية)
- المنشورات التالية متوفرة إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/mdch. منشورات مختارة من إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان (MDCH) متوفّرة لتحميلها من الروابط السريعة (Quick Links).

• المديكيد

- Healthy Kids (MDCH Pub 655) – شرح عن التغطية الطبية للنساء الحوامل والأطفال.
- Medicaid Fair Hearings: Rights and Responsibilities (MDCH Pub) (جلسات العدل الخاصة بالمديكيد – الحقوق والمسؤوليات)
- Your Rights and Responsibilities in a Health Plan (MDCH Publication 201) (حقوقك ومسؤولياتك في خطة صحية)
- Medicaid Deductible Information (DCH Pub 617) (معلومات عن الاقتطاعات المسموحة للتأهيل للمديكيد) – شرح عن كيفية استخدام تكاليفك الطبية لتنتزيل دخلك إلى أو دون حدود الدخل لكي تتأهل للمديكيد.
- Nursing Facility Eligibility (MDCH Pub 726) (شروط الأهلية للمنشآت التمريضية) – شرح عن الأهلية للأشخاص الموجودون في منشأة تمريضية أو الداخلون إليها.
- Medicare Savings Program (برنامج التوفير الخاص بالمديكيد): (MDCH Pub 769) – شرح عن كيفية الحصول على مساعدة في دفع مصاريف المديكيد.
- Medicaid Fee for Service Handbook (MDCH Publication 669) (كتيب برنامج الرسوم لقاء الخدمة من المديكيد).
- الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief Program (DHS Publication 563) (برنامج الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية).
- You and Your Energy Bills (DHS Publication 631) (أنت وفواتير الطاقة الخاصة بك).
- DHS Can Help With Temporary Assistance (DHS Publication 783) (DHS قادرة على مساعدة في الإعانة المؤقتة).

طلب الإعانة

ادارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS)



تعليمات

عند إجابتكم على جميع أسئلة طلب الإعانة، سيمكنا على ضوء ذلك أن نحدد إذا كنت مؤهلاً لكافة البرامج. يرجى كتابة أجوبتك بحروف كبيرة وواضحة. وضع علامة في مربع التأشير على كافة البرامج التي تقدم لها. ستطهر رموز البرامج الظاهرة أدناه في كل قسم من الأسئلة الموجدة على الطلب. تخبركم هذه الرموز عن الأسئلة التي يجب عليكم الإجابة لكل برنامج. لمزيد من المعلومات عن البرامج، راجع كتيب المعلومات.

برنامج الإعانة الغذائية (Food Assistance Program: FAP).

الإعانة الطبية (الإعانة الطبية: MA، البرنامج الطبي للبالغين: AMP) (فواتير الأطباء أو المستشفى، أدوية طبية موصوفة، أقساط المديكلير).

الإعانة الطبية بمفعول رجعي - هل لديك أو لدى أحد من أهل بيتك مصاريف طبية تم دفعها أو لم يتم دفعها بعد في الأشهر الثلاثة الماضية؟
 لا نعم

برنامج نمو ورعاية الأطفال (CDC) (المساعدة في دفعات خدمة رعاية الأطفال).

الإعانة النقدية (برنامج استقلال العائلة: FIP، برنامج إعانة اللاجئين: RAP، إعانة الإعاقة من الولاية: SDA) (المساعدة مالياً للنساء الحوامل أو العائلات ذوي أطفال، أو اللاجئين، أو البالغين ذوي إعاقة، أو القائمين بتقديم الرعاية للبالغين ذوي الإعاقات الذين يعيشون معهم، أو المقيمين في ترتيبات معيشة لذوي الاحتياجات الخاصة).

الإغاثة في الحالات الطارئة من الولاية (State Emergency Relief: SER) (قطع المنافع العامة، أو إخطار الطرد من السكن، أو الدفن أو الحالات الطارئة الأخرى).

ملاحظة: يجب عليكم تعبئة كل من طلب الإعانة والطلب الإضافي للإغاثة في الحالات الطارئة (SER) نموذج (DHS-1514) المتوفر من DHS في المنطقة التي تعيش فيها أو إلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms

إذا لا يمكنك تعبئة هذا الطلب بشكل كامل الآن، فيمكنك تعبئة نموذج الإيداع الموجود في الصفحة الأخيرة من كتيب المعلومات أو الإلكترونياً على العنوان التالي: www.michigan.gov/dhs-forms. قد يؤثر تاريخ استلام DHS لطلب الإعانة أو النموذج الإضافي الخاص بك على تاريخ بدء صرف مخصصاته. وبالرغم من ذلك، يتطلب من DHS أن تستلم طلبك للإعانة المعنى بشكل كامل قبل أن يمكنها الموافقة على أي مخصصات.

If you need help filling out this application, DHS must help you. If you are refused help, you may call (517) 373-0707.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?

Interpreter Sign language Assisted listening device (ALD) Other _____

2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarle. Si ellos se niegan ayuda, usted puede llamar a (517) 373-0707.

1. Si usted no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarle?

Intérprete Dactilología Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____

2. Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

إن كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS تقديم المساعدة لك. وفي حال تم رفض تقديم المساعدة لك، فيمكنك الاتصال بالرقم (٣٧٣-٠٧٠٧) (٥١٧) إن كنت لا تتكلم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟

١. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟ _____

مترجم شفهي لغة إشارة أجهزة مساعدة للسمع (ALD) غير ذلك _____

٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنجليزية، فما هي اللغة التي تتكلمانها؟ _____

For office use only

Date application received in local office

Case name

Application number

Case number

Specialist name

Specialist phone

Fax

Specialist email

تم إصدار هذا النموذج بموجب سلطة مدونة الأنظمة الفيدرالية (Code of Federal Regulations: CFR) رقم 42 CFR 435.907 (CFR 273.2(d))؛ وكل من القسمين 25 و29 من القانون 280 لقوانين العامة لعام 1939، كما هو معدل، والقانون العام 280 لعام 1939. يجب عليك تعبئة هذا النموذج بشكل كامل إذا كنت تريد من الإداره أن تنظر في طلبك للإعانة المالية أو الطبية أو الغذائية أو لخدمات رعاية الأطفال.

A. معلومات العنوان



أخرى

متشرد

بيت / شقة / بيت متقل

١. ضع علامة في مربع التأشير أين تعيش: إذا كنت تعيش الآن في منشأة أو في ترتيب معيشي لذوي الاحتياجات الخاصة أو عشت في واحدة منها في الأشهر الثلاثة الماضية، فضع علامة في مربع التأشير عن ماهية نوعها أدناه:

<input type="checkbox"/> منشأة بسكن داخلي للحدثاء	<input type="checkbox"/> سجن / حبس	<input type="checkbox"/> مستشفى	<input type="checkbox"/> دار للمسنين
<input type="checkbox"/> مركز عدالة مجتمعية	<input type="checkbox"/> سكن / مأوى	<input type="checkbox"/> مستوصف المقاطعة	<input type="checkbox"/> دار جماعي للأطفال
<input type="checkbox"/> مأوى لضحايا العنف العائلي	<input type="checkbox"/> الحالات الطارئة	<input type="checkbox"/> منشأة تمريضية	<input type="checkbox"/> دار رعاية بديلة للبالغين
<input type="checkbox"/> دار إعادة التأهيل والمراقبة	<input type="checkbox"/> مركز علاج المخدرات	<input type="checkbox"/> منشأة لعلاج الصحة العقلية	<input type="checkbox"/> مسكن ومأكل في غرفة بيت
<input type="checkbox"/> منشأة تقدم المساعدة في الحياة اليومية	<input type="checkbox"/> والعاققير والكحول	<input type="checkbox"/> والطب النفسي	<input type="checkbox"/> تجاري (لوكاندة)

التاريخ غير معروف
 لا ينطبق



ما التاريخ الذي تتوقع فيه مغادرة المنشأة أو ما كان تاريخ مغادرتك
للمنشأة؟

اسم المنشأة

٢. عنوان المكان الذي تعيش فيه، أو عنوان المنشأة (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

المدينة	الولاية	المقاطعة	الرمز البريدي

٣. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو صندوق البريد)

المدينة	الولاية	المقاطعة	الرمز البريدي
هاتف المنزل	هاتف الجوال	هاتف العمل	المدينة
رقم الهاتف حيث يمكننا ترك رسالة لك	لمن هذا الرقم؟ (الاسم / صلة القرابة)	عنوان البريدي	هاتف العمل
رقم هاتف المبرقة الكاتبة (TTY)	ـ	ـ	ـ

٤. هل انتقلت من ولاية أخرى أو تلقيت إعانة من ولاية أخرى في أي وقت مضى بعد شهر أغسطس، ١٩٩٦؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، من أي مقاطعة؟

رقم هاتف أخصائي الحالة	ما كان اسم الأخصائي المسؤول عن حالتك؟	تاريخ انتقالك إلى ولاية ميشيغان
ـ	ـ	ـ

٥. هل تتوارد أنت وأفراد أهل بيتك البقاء في ولاية ميشيغان (MI)؟ نعم لا

٦. هل أتيت أو أتى أحد من أهل بيتك إلى ولاية ميشيغان بوعود للعمل في وظيفة أو للتفتيش عن عمل؟ نعم لا

٧. إذا كنت متقللاً أو أتيت أو أتى أحد من أهل بيتك إلى ولاية ميشيغان بوعود للعمل في وظيفة أو للتفتيش عن عمل؟ نعم لا

٨. إذا كنت متقللاً أو أتيت أو أتى أحد من أهل بيتك إلى ولاية ميشيغان بوعود للعمل في وظيفة أو للتفتيش عن عمل؟ نعم لا

العنوان البريدي الدائم (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض، صندوق البريد)

المدينة	الولاية	المقاطعة	الرمز البريدي
ـ	ـ	ـ	ـ



١. هل كل واحد في أهل البيت يشتري المواد الغذائية ويفحص الوجبات الغذائية أو يأكلها سوياً؟ لا نعم
إذا كان الجواب بلا، فأدرج اسم كل من لا يقوم بذلك _____
٢. كم قدر مجموع الأصول النقدية التي يملكونها أهل بيتك؟
(يتضمن النقود وحسابات التوفير والحسابات الجارية وسندات التوفير، ... الخ).
دولار _____
٣. كم مجموع الدخل الإجمالي الشهري (قبل أي اقتطاعات) لأهل بيتك؟
(يتضمن مكاسب العمل، مخصصات البطالة، إعالة الأطفال، مخصصات الضمان الاجتماعي، ... الخ).
دولار _____
٤. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج توزيع غذائي عشاري؟ لا نعم
إذا كان الجواب بنعم، فمن _____



C. معلومات عنك وعن أهل بيتك

٠. أجب عن جميع الأشخاص في أهل بيتك (كل واحد يعيش في منزلك). وهذا يشمل الأشخاص الذين لا يعيشون في منزلك في كافة الأوقات، حتى ولو لم تكن مقدما لهم طلبا للإعابة. ادرج نفسك أولاً.
إذا كنت أجنبياً تحت كفالة كفيل وافق على إعلانك مالياً، فاكتب المعلومات عن الشخص المتكلف بك في أحد المربعات أدناه حتى ولو يقيم ذلك الشخص بعائلتك.
إذا كنت تملأ هذا الطلب عن مريض موجود في منشأة تمريضية، فأدرج:
- اسم زوج (زوجة) المريض.
- اسم كل معال يعيش في المنزل.
توجد فراغات إضافية في الصفحات الثلاث التالية لكتابه المعلومات عن خمسة أشخاص آخرين من أهل بيتك وذلك إذا كنت تتطلب لها.
هل تتطلب إلى صفحات إضافية بشأن أهل البيت؟ لا نعم

أجب عن الشخص الأول (١). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

٣. صلة القرابة بك

٢. تاريخ الميلاد

* (خياري إذا كنت متقدما فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)

٤. ذكر أنثى ذكر رقم الضمان الاجتماعي*

٥. متزوج متزوج منفصل٦. الحاله الزوجية غير متزوج مطلق أرمل

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا ** إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنبياً موثق بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد:

اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____

٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟
العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توائم أخرى

٩. أعلى صاف دراسي أنهيتها في المدرسة حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) دوام كامل دوام جزئي

١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة
الحضانة إلى الصف GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى
هل تم اعتماد خطة التعليم؟ (املء النموذج DHS-4749) نعم لا ***

١١. الإثنية (الاجابة خيارية) هسباني/لاتيني ليس من أصل هسباني/لاتيني

١٢. العرق (الاجابة خيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة أسسيوي

من سكان هايواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أبيض

١٣. هل هذا الشخص أيّاً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجئ متكلف بأجنبٍ عامل مزارع متقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة غائب مؤقتاً (كلياً، خدمة عسكرية، الخ).

١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر لماذا؟ _____
كم الأيام التي يمكن فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____ في العنوان الآخر؟ _____ العنوان الآخر

***For local office use only لاستخدام المكتب المحلي فقط

(الرقم، الشارع، الطريق الرئيسي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ طبية مساعدة طارئة
 غذائية خدمة رعاية الأطفال إعابة نقدية بدون (لا ينطبق)

**يسرى على المتقدمين بطلباتهم ل برنامح استقلال العائلة (FIP)، والمديكيد وبرنامح اعالة اللاجئين (RAP) فقط

أجب عن الشخص الثاني (٢). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

٣. صلة القرابة بك

٢. تاريخ الميلاد

الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي)

* (خياري إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)

منفصل

مطلق

غير متزوج في السابق

متزوج

ذكر

أنثى

٤. رقم الضمان الاجتماعي*

أرمel

٥. رقم الضمان الاجتماعي*

لا

٦. الحال الزوجية متزوج غير متزوج في السابق أرمel

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا **إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنياً موافق بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد:

اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____

(المقاطعة، المدينة، الولاية)

٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟

العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توائم أخرى دوام كامل

٩. أعلى صاف دراسي أنهيته في المدرسة حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) دوام جزئي دوام كامل

١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة

حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى لا

هل تم اعتماد خطة التعليم؟ (املء التموزج DHS-4749) نعم لا ***

١١. الإثنية (الاجابة اختيارية) هسباني/لاتيني ليس من أصل هسباني/لاتيني

١٢. العرق (الاجابة اختيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة

أبيض أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هايوادي / جزر المحيط الهادئ الأصليين أبيض

١٣. هل هذا الشخص إياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لاجي متelligent بالإنجليزي غائب مؤقتاً طفلي في الرعاية البديلة والد بالرعاية البديلة عامل مزارع متنتقل عامل مزارع موسمي شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص

١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر لماذا؟ تاريخ توقع عودته

١٥. كم عدد الأيام التي يمكن فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ في العنوان الآخر؟ العنوان الآخر

****For local office use only/ لاستخدام المكتب المحلي فقط/ (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

مساعدة طارئة بدون (لا ينطبق)

طبية إعالة نقدية

خدمة رعاية الأطفال غذائية

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:

من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر

ما كانت حالة الزوجية للأم أثناء حملها بهذا الطفل؟ إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج / _____

الأمر/المقاطعة/الولاية: _____ تاريخ الإنفصال / _____

إذا كانت زيباء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في _____ / _____ المدينة: _____

هل أسمت إفادة الأبوة (Affidavit of Parentage) أو أسمى أمر المحكمة شخصاً بمثابة الأب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الأبوة _____ التاريخ / _____ المدينة: _____

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الأب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف _____

إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد: الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً): _____

هل هي مقيمة في المنزل؟ نعم لا

هل هو مقيم في المنزل؟ نعم لا

هل هي متوفاة؟ نعم لا

هل هو متوفى؟ نعم لا

هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل السابق؟ نعم لا

هل هو نفس الأب الموصوف لطفل السابق؟ نعم لا

نعم، الاسم: لا

نعم، الاسم: لا

هل هي والدة متباعدة غير متزوجة؟ نعم لا

هل هو والد متباعدة غير متزوج؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقها؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقها؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟ لا

هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟ لا

رقم الأمر _____ المقاطعة _____ الولاية _____ البلد _____

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنه _____

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنه _____

الشهر/السنة التي اشتعل فيها أخيراً / _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الطول _____ الوزن _____ لون الشعر _____ لون العينين _____

الإثنية _____ هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

الإثنية _____ هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

العرق _____ أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

العرق _____ أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

آسيوي _____ من سكان هايوادي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

آسيوي _____ من سكان هايوادي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما:

إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما:

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

أجب عن الشخص الثالث (٣). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

٣. صلة القرابة بك

٢. تاريخ الميلاد

* خياري إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة

منفصل

مطلق أرمل

رقم الضمان الاجتماعي * غير متزوج في السابق

ذكر أنثى

متزوج

الحاله الزوجية

مطلق

أرمل

غير متزوج في السابق

رقم الضمان الاجتماعي *

٦. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا **إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنبياً موثق بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد: _____
اسم عائلة الأم قبل الزواج _____

(المقاطعة، المدينة، الولاية)

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

_____ / _____ / _____

أجب عن الشخص الرابع (٤). ضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

٣. صلة القرابة بك

٢. تاريخ الميلاد

* (خياري إذا كنت متقدماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)

متفصل

- - - - -

٥. رقم الضمان الاجتماعي*

٤. ذكر أنثى

٦. الحالة الزوجية متزوج غير متزوج في السابق أرمل مطلق

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا **إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنبياً موثق بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد؟ _____
اسم عائلة الأم قبل الزواج _____
مكان الولادة _____
(المقاطعة، المدينة، الولاية)

٨. هل أنت حامل الأن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟ _____
العدد المتوقع أو عدد المولودين الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توائم أخرى دوام كامل
 دوام جزئي

٩. أعلى صفات دراسي أنهيتها في المدرسة _____
 حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) دوام جزئي

١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة
 حضانة إلى الصف ١٢ GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى لا ***هل تم اعتماد خطة التعليم؟ (املء النموذج DHS-4749) نعم لا

١١. الإثنية (الاجابة خيارية) هسباني/لاتيني ليس من أصل هسباني/لاتيني

١٢. العرق (الاجابة خيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آسيا الأصليين - أدخل اسم العشيرة
 أبيض أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هايواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين
 منكفل بأجنبي

١٣. هل هذا الشخص أياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لأجني
 غائب مؤقتاً (كلي، خدمة عسكرية، الخ).
 عامل مزارع متنتقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة

عامل مزارع موسمي طفل متبنى شخص غير الوالد قائم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص
١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر لماذا؟ _____
تاريخ توقع عودته _____

١٥. كم عدد الأيام التي يمكن فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ _____
العنوان الآخر _____

***For local office use only
لاستخدام المكتب المحلي فقط /
(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

مساعدة طارئة

طيبة

بدون (لا ينطبق)

إعانة نقية

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟

خدمة رعاية الأطفال

غذائية

١٧. إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:
من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر
ما كانت حالة الزوجية للأم أثناء حملها بهذا الطفل؟ _____

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الإنصال / تاريخ الطلاق / الأمر/المقاطعة/الولاية:

إذا كانت عزياء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في / المدينة: الولاية البلد
هل أسمت إفادة الآبة (Affidavit of Parentage) أو أسمى أمر المحكمة شخصاً بمثابة الآب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الآبة التاريخ / المدينة: الولاية البلد

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الآب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف

إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد:

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

/ /

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

/ /

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً):

العمر التقريبي (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً):

هل هي مقيمة في المنزل؟ نعم لا

هل هو مقيم في المنزل؟ نعم لا

هل هي متوفاة؟ نعم لا

هل هو متوفى؟ نعم لا

هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل السابق؟

هل هو نفس الأب الموصوف لطفل السابق؟

نعم، الاسم: _____

نعم، الاسم: _____

هل هي والدة متتبنة غير متزوجة؟ نعم لا

هل هو والد متتبني غير متزوج؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقها؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقه؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

هل هناك أمر إعلال يسيئ لها هذا الطفل؟

هل هناك أمر إعلال يسيئ لها هذا الطفل؟

رقم الأمر المقاطعة الولاية البلد

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنه

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنه

الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً / لون العينين

الشهر الوزن لون الشعر لون العينين

الشهر لون الشعر لون العينين

الإثنية هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

الإثنية هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آسيا الأصليين (العشيرة)

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آسيا الأصليين (العشيرة)

آسيوي من سكان هايواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

آسيوي من سكان هايواي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما:

إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما:

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

يسري على طالبي الإعانة لبرنامج استقلال العائلة (FIP) والمديكل وبرنامج إعانة اللاجئين (RAP) فقط.

أجب عن الشخص الخامس (٥). وضع علامة على جميع المربعات الملائمة.

٣. صلة القرابة بك

٢. تاريخ الميلاد

الاسم (الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي)

* (خياري إذا كنت مقديماً فقط لخدمة رعاية الأطفال أو للخدمات الطبية في الحالات الطارئة)

منفصل

مطلق

أرمل

غير متزوج في السابق

متزوج

٤. ذكر أنثى ٥. رقم الضمان الاجتماعي *

٦. حالة الزوجية

متزوج

٧. هل هذا الشخص مواطن أمريكي؟ نعم لا ** إذا كان الجواب بلا، وكانت أجنبيةً موثق بوثائق قانونية، فما تاريخ دخولك إلى البلاد:

اسم عائلة الأم قبل الزواج _____ مكان الولادة _____ (المقاطعة، المدينة، الولاية)

٨. هل أنت حامل الآن أو كنت حاملاً في الأشهر الثلاثة الماضية؟ نعم لا إذا نعم، فما تاريخ توقع الولادة أو تاريخ نهاية الحمل؟

العدد المتوقع أو عدد المواليد الذين ولدوا من هذا الحمل واحد توأم ثلاثة توائم أخرى

٩. أعلى صاف دراسي أنهته في المدرسة دوام كامل دوام جزئي حصلت على دبلوم الكفاءة العامة (GED) _____

١٠. هل تدرس في المدرسة في الوقت الحاضر نعم لا إذا كان الجواب بنعم، فما اسم المدرسة GED كلية مدرسة صناعية جامعة مدرسة مهنية أخرى

١١. الإثنية (الإجابة خيارية) هسباني/لاتيني ليس من أصل هسباني/لاتيني ***هل تم اعتماد خطة التعليم؟ (املء النموذج DHS-4749) نعم لا

١٢. العرق (الإجابة خيارية) أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين - أدخل اسم العشيرة أبيض أسود/أمريكي من أصل أفريقي من سكان هايواوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين متخل بالجنبي

١٣. هل هذا الشخص إياً من التالي: (ضع علامة على كل ما هو ملائم) لأجي غائب مؤقتاً (كلية، خدمة عسكرية، الخ.)

عامل مزارع منتقل طفل في الرعاية البديلة "فoster كير" والد بالرعاية البديلة

عامل مزارع موسمي شخص غير الوالد قاتم بالرعاية لا ينطبق كل ما ورد أعلاه على هذا الشخص

١٤. إذا كان الشخص يعيش بعيداً عن المنزل في الوقت الحاضر لماذا؟ تاريخ توقع عودته

١٥. كم عدد الأيام التي يمكن فيها هذا الشخص كل شهر في منزل عنوان الطلب؟ في العنوان الآخر؟

العنوان الآخر _____ لاستخدام المكتب المحلي فقط /

(الرقم، الشارع، الطريق الريفي، رقم الشقة / قطعة الأرض)

١٦. ما نوع المساعدة التي يتطلبها هذا الشخص؟ طيبة إعانة تقديرية خدمة رعاية الأطفال غذائية

مساعدة طارئة بدون (لا ينطبق)

١٧. إذا كان عمر الشخص أقل من ٢٢ سنة، فيجب ملء هذا القسم:

من دفع مصاريف ولادة هذا الطفل؟ الولاية الوالدان شخص آخر ما كانت حالة الزوجية للأم أثناء حملها بهذا الطفل؟

إذا كانت متزوجة أو مطلقة: تاريخ الزواج / / تاريخ الإنفصال / / الأمر/المقاطعة/الولاية:

إذا كنت عزياء، فتاريخ حمل هذا الطفل كان في / / المدينة: الولاية البلد هل أسمت إفادة الأب (Affidavit of Parentage) أو أسمى أمر المحكمة شخصاً بمثابة الأب؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما رقم الأمر / إفادة الأب التاريخ / / المدينة: الولاية البلد

إذا كان الجواب بلا، هل من الأرجح أن يكون أكثر من رجل واحد مرشحاً ليكون الأب؟ نعم لا، إذا كان الجواب بنعم، توقف إذا لم يتم توجيهك بالتوقف، فقم بملء التالي عن كل والد:

الأم

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

الأب

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير) تاريخ الميلاد رقم الضمان الاجتماعي

العمر التقريري (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً):

العمر التقريري (إذا لم يكن تاريخ الميلاد معروفاً):

هل هي مقيمة في المنزل؟ نعم لا

هل هو مقيم في المنزل؟ نعم لا

هل هي متوفية؟ نعم لا

هل هو متوفى؟ نعم لا

هل هي نفس الأم الموصوفة لطفل السابق؟

هل هو نفس الأب الموصوف لطفل السابق؟

نعم، الاسم: _____

نعم، الاسم: _____

هل هي والدة متبنية غير متزوجة؟ نعم لا

هل هو والد متبني غير متزوج؟ نعم لا

هل الغت المحكمة حقوقها؟ نعم لا

هل ألغت المحكمة حقوقه؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

إذا كان الجواب بنعم لأي من أعلاه، توقف. وإلا:

هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

هل هناك أمر إعالة يسميه لهذا الطفل؟

رقم الأمر المقاطعة الولاية البلد

آخر اسم وعنوان معروف لرب العمل الذي اشتغل عنه

الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً /

الشهر/السنة التي اشتغل فيها أخيراً /

الطول الوزن لون الشعر لون العينين

الطول الوزن لون الشعر لون العينين

الإثنية هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

الإثنية هسباني / لاتيني ليس بهسباني / لاتيني

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

العرق أمريكي من أصل هندي / من سكان آلاسكا الأصليين (العشيرة _____)

آسيوي من سكان هايواوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

آسيوي من سكان هايواوي / جزر المحيط الهادئ الأصليين

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

أسود/أمريكي من أصل أفريقي أبيض

إذا كان التأمين الصحي لدى الأم يغطي هذا الطفل، فما:

إذا كان التأمين الصحي لدى الأب يغطي هذا الطفل، فما:

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

اسم شركة التأمين: _____ رقم البوليصة: _____

**يسري على طالبي الإعانة لبرنام استقلال العائلة (FIP) والمديكيد وبرنام إعادة اللاجئين (RAP) فقط.

D. أفراد أهل البيت الذين لا تتجاوز أعمارهم سن الـ ٢٢
هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا



ضع عالمة في كل مربع ملائم أدناه:

- إذا كان الوالدان متزوجين لبعضهما في أي وقت مضى.
- إذا تم تأسيس هوية الأب على على وجه قانوني.
- إعالة بأمر من المحكمة.

إذا كان الشخص دون سن الـ ٢٢ لا يعيش مع أحد الوالدين، فمع من يعيش؟

ضع عالمة إذا كان أحد الوالدين متوفى

أدرج اسم الأم / الأب (الأول، الأوسط، الآخر)

أدرج كل شخص من أهل البيت لا يتجاوز سن الـ ٢٢ من العمر

متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	
متزوجان لبعضهما أبوة إعالة رقم الأمر _____	الاسم	<input type="checkbox"/> نعم	الأم	
	صلة القرابة	<input type="checkbox"/> نعم	الأب	



E. المعلومات الطبية

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. أدرج اسم كل واحد في أهل بيتك من يكون عرضة للعنف الأسري لا أحد _____
٢. أدرج اسم كل طفل دون سن السادسة من لا يكون ممحن باللقاحات حسب المفروض (التطعيم) لا أحد _____
٣. أدرج اسم كل طفل في برنامج Early On لا أحد _____
اسم ورقم هاتف منسق برنامج Early On _____
٤. أدرج اسم كل طفل يتلقى خدمات الرعاية الصحية لذوي الاحتياجات الخاصة للأطفال لا أحد _____
٥. أدرج اسم كل واحد يدرس الآن أو سبق له الدراسة في صف التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة لا أحد _____
اسم المدرسة ورقم هاتفها _____
٦. أدرج اسم كل واحد في برنامج علاجي لتعاطي الكحول أو المخدرات لا أحد _____
٧. أدرج اسم كل واحد يعمل مع خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان (Michigan Rehabilitation Services) لا أحد _____
اسم ورقم هاتف المرشد في خدمات إعادة التأهيل لولاية ميشيغان _____
٨. أدرج اسم كل واحد قائم برعاية طفل أو زوج(ة) أو أي شخص آخر يعاني من إعاقة في المنزل لا أحد _____
٩. هل القائم بالرعاية قادر ومتوفّر للعمل في وظيفة إضافية إلى تقديم الرعاية لأحد آخر؟ نعم لا لا أحد _____
١٠. أدرج اسم كل واحد مقدم للإعانة ولا يستطيع العمل بدوام كامل لأسباب جسدية أو عقلية لا أحد _____



F. التغطية الطبية

هل لدى أحد من أهل بيتك تغطية طبية أو يتوقع الحصول عليها (غير المديكيد)؟

نعم لا ضع علامة على نوع التغطية وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

<input type="checkbox"/> تأمين تعويض العمال ("وركز كومبنسيشن") <input type="checkbox"/> أخرى _____	<input type="checkbox"/> ضد الحوادث (تأمين المنزل أو السيارة، إلخ). <input type="checkbox"/> MICchild <input type="checkbox"/> خطة / عقد (عقد على مدى الحياة، إلخ).	<input type="checkbox"/> تأمين صحي / استشفاء في المستشفى <input type="checkbox"/> (رب العمل، الوالد، إلخ). <input type="checkbox"/> مديكير
أرقام المطالبة، العقد / المجموعة، وتاريخ سريان المفعول	اسم وعنوان شركة التأمين	الشخص المغطى
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

G. معلومات الأصول



هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. هل لدى أحد من أهل بيتك أي أصول؟ (بما في ذلك الأصول التي يملكونها مع شخص آخر)

نعم ▶ ضع علامة على كافة أنواع الأصول لدى أهل بيتك وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

- صندوق استثماري ("ترست") للمرضى
- حساب أو حسابات IRA، أو KEOGH، أو 401K أو التعويض الموجل
- الممتلكات العقارية (لا يتضمن المكان الذي تعيش فيه)
- عدة ومعدات، أو مواشي أو محاصيل

- حسابات سوق المال ("موني ماركت")
- شهادات نادي عيد الميلاد
- سندات التوفير أو الأسهم أو صناديق الإستثمار المشتركة
- ممتلك عقاري على مدى حياة الشخص
- قروض مدفوعة لأحد أفراد أهل البيت
- صندوق استثماري ("ترست") للدفن / عقد أو عقود الجنائز قبل أو مقابر، نعش، إلخ.
- حسابات توقير أخرى (حقوق ملكية في معادن و/or مياه، إلخ).
- حسابات في إتحاد الائتمان التعاوني ("كريديت يونيون")

رقم الحساب أو البوليصة، إلخ.	الاسم والعنوان (البنك، شركة التأمين، إلخ.)	الرصيد (المبلغ أو القيمة)	نوع الأصول	مالك الأصول

٢. هل أحد من أهل بيتك:

- باع أو أعطى مجاناً أي ممتلكات أو أسهم أو سندات أو مركبات، أو حسابات توقير أو حسابات جارية "تشكينغ" أو حسابات في إتحاد الائتمان التعاوني، أو الدخل، أو نقود، إلخ، أو أغلق أي حسابات أو شطب اسم ما من ملكية أصول أو أضاف اسم ما على ملكية أصول في غضون الـ ٦٠ شهر الماضية؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، ▶ من هو؟
▶ ما هي؟
▶ كم؟
▶ التاريخ

رفع دعوى قد تجلب مالاً أو ممتلكات، إلخ؟

إذا كان الجواب بنعم، ▶ من هو؟
▶ ما هي؟
▶ كم؟
▶ التاريخ

- هل تلقيت دفعية لمرة واحدة (مثل تأمين تعويض العمال، ربع من يانصيب، منح دعوى بشأن تسوية تأمين، إلخ.) في غضون الـ ٦٠ شهر الأخيرة (خمس سنوات)؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، ▶ من هو؟
▶ ما هي؟
▶ كم؟
▶ التاريخ

- هل قمت بالنيابة عن أي فرد من أفراد البيت بوضع أي أموال، أو تسوية مالية من دعوى، أو دخل أو أصول في حساب استثماري ("ترست")، أو حساب معاش سنوي أو أي وسيلة قانونية مشابهة في غضون الـ ٦٠ شهر الأخيرة (خمس سنوات) نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، ▶ من هو؟
▶ ما هي؟
▶ كم؟
▶ التاريخ

H. معلومات المركبة



هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل لدى أحد من أهل بيتك أي مركبات؟

نعم ▶ ضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

- سيارة سيارة شاحنة "تراك" قارب مخيم مقطر / مقطرة دراجة نارية مركبة استجمامية (RV) مركبات أخرى

المساحة المستحقة	الماركة / الموديل	السنة	اسم المالك أو المالكين المذكورين على سند ملكية أو ورقة تسجيل المركبة

I. دخل الإجير المتنقل أو عامل المزارع الموسمي

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل أحد من أهل بيتك أجير متنقل أو عامل مزارع موسمي؟

نعم أكمل ملء الجدول أدناه

المبلغ الإجمالي لدفعه الأجر	التاريخ	هل تلقى أحد أي دخل من نفس المزارع في غضون ٣٠ يوم قبل تاريخ الطلب؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		هل يتوقع أحد أن يتلقى مزيداً من الدخل في هذا الشهر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
		هل تلقى أحد سلفة للسفر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
المبلغ الإجمالي لدفعه الأجر	تاريخ آخر دفعه للأجر	هل خسر أحد مؤخراً مصدر دخله الوحيد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

L. تغيرات العمل

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

هل طرأ تغيير في وظيفة أحد من أهل بيتك في الـ ٣٠ يوم الأخيرة؟
 نعم أضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

ال تاريخ والمبلغ الإجمالي للدفعه الأخيرة	تاريخ التغيير	اسم و العنوان رب العمل	اسم الشخص (الأشخاص)	ضع علامة على كل ما هو ملائم
				<input type="checkbox"/> رفض العمل السبب _____
				<input type="checkbox"/> خفض طوعاً الساعات التي عملها السبب _____
				<input type="checkbox"/> ترك الوظيفة السبب _____
				<input type="checkbox"/> تم الاستغناء عنه السبب _____
				<input type="checkbox"/> تم طرده السبب _____
				<input type="checkbox"/> مشترك في إضراب السبب _____

K. الدخل من الأعمال الحرة (بما فيه الوظائف المترفة غير العادية)

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

1. هل أحد من أهل بيتك يعمل في الأعمال الحرة أو سيعمل في الأعمال الحرة قبل نهاية الشهر التقويمي التالي؟

نعم أكمل تعبئة الجدول أدناه.

مصاريف الأعمال الحرة الشهرية	الدخل الإجمالي الشهري (المبلغ قبل اقطاع أي مصاريف)	اسم و عنوان العمل التجاري	نوع العمل أو الشركة و تاريخ بدء العمل	الشخص العامل في الأعمال الحرة
			_____ / _____ / _____	
			_____ / _____ / _____	

L. الدخل من الوظيفة



هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ لا نعم

١. هل أحد من أهل بيتك يعمل لقاء أجور أو راتب أو سيعمل لقاء أجور أو راتب قبل نهاية الشهر التقويمي التالي؟

نعم أكمل تعبئة المعلومات أدناه لكل شخص عامل لا

اسم الشخص العامل _____
 تاريخ بدء الوظيفة: _____

اسم رب العمل / العنوان / رقم الهاتف _____

نوع العمل _____
 مسمى الوظيفة _____

إذا كانت وظيفة جديدة، فما تاريخ دفع شيك الأجر الأول لا نعم
 هل ستستمر الوظيفة؟

أيّ يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض الأجر _____
 تاريخ أحدث أو آخر شيك دفع الأجر _____

متوسط عدد الساعات المتوقعة عملها _____
 في فترة الدفع الأسبوع في مقدار الدفع _____
 في الراتب أخرى في في الساعة

وتيرة الدفع: كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر كل شهرين مرتان في الشهر مرتان في السنة

هل تقبض مكافأة مالية نعم لا أو لقاء وقت العمل الإضافي أو عمولة

إذا كان الجواب بنعم، فما مقدار المبلغ _____ دولار وتيرة الدفع:

هل تقبض إكرامية (بتشيش) لا تكون من ضمن شيك أجرك؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما متوسط مقدار البتشيش غير المشمول _____ دولار كل أسبوع فترة دفع الأجر أخرى

اسم الشخص العامل _____
 تاريخ بدء الوظيفة: _____

اسم رب العمل / العنوان / رقم الهاتف _____

نوع العمل _____
 مسمى الوظيفة _____

إذا كانت وظيفة جديدة، فما تاريخ دفع شيك الأجر الأول لا نعم
 هل ستستمر الوظيفة؟

أيّ يوم في الأسبوع الذي يتم فيه قبض الأجر _____
 تاريخ أحدث أو آخر شيك دفع الأجر _____

متوسط عدد الساعات المتوقعة عملها _____
 في فترة الدفع الأسبوع في مقدار الدفع _____
 في الراتب أخرى في في الساعة

وتيرة الدفع: كل أسبوع كل أسبوعين كل شهر كل شهرين مرتان في الشهر مرتان في السنة

هل تقبض مكافأة مالية نعم لا أو لقاء وقت العمل الإضافي أو عمولة

إذا كان الجواب بنعم، فما مقدار المبلغ _____ دولار وتيرة الدفع:

هل تقبض إكرامية (بتشيش) لا يكون من ضمن شيك أجرك؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فما متوسط مقدار البتشيش غير المشمول _____ دولار كل أسبوع فترة دفع الأجر أخرى

M. دخل آخر

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. هل يتلقى أحد من أهل بيتك أو يتوقع أن يتلقى (قلم طلباً) لأي دخل غير مكافحة العمل؟

نعم ▶ وضع علامة على كافة المربعات الملائمة وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> مخصصات الإعاقة | <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI) | <input type="checkbox"/> مخصصات الضمان الاجتماعي (RSDI) |
| <input type="checkbox"/> دخل من إعادة تسوية البرنامج الإعانية الغذائية: FAP فقط | <input type="checkbox"/> مخصصات المعاش (بنشين) / التقادم | <input type="checkbox"/> مخصصات المعاش (بنشين) |
| <input type="checkbox"/> دخل من إيجار | <input type="checkbox"/> تأمين تعويض العمال ("وركرز كومبنسيشن") | <input type="checkbox"/> مخصصات الجنود القدامى |
| <input type="checkbox"/> دخل من إيجار غرفة وأو نزيل (لوكاندة) | <input type="checkbox"/> نقود من أصدقاء أو أقارب، إلخ. | <input type="checkbox"/> مخصصات عسكرية |
| <input type="checkbox"/> دخل من فاندة / أرباح الأسهم | <input type="checkbox"/> عقد أرض، قروض استملك أو قروض أخرى مدفوعة لأحد أفراد أهل البيت | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> دخل / مدفوّعات من عشيرة (إعانية عامة من عشيرة، مطالبات أراضي، مشاركة الأرباح العائنة من أندية القمار "казينوهات"، حسب الدخل الفردي، إلخ). | <input type="checkbox"/> أخرى (حقوق في معادن وأو مياه، إلخ) | <input type="checkbox"/> دخل طفل / رقم أمر المحكمة بجدول الدعاوى |

الشخص المدفوع له/ المتوقع للمال	مصدر / نوع الدخل	وتيرة القبض	المبلغ المقبوض	هل من المتوقع الاستمرار في قبض المبلغ؟ إذا لم يتم بعد قبض المبلغ	تاريخ توقيع القبض
				<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
				<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
				<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	

٢. إذا كان أحد من أهل بيتك يتلقى مخصصات الضمان الاجتماعي (RSDI) أو مخصصات التقاعد من سكة الحديد، فأدرج رقم أو أرقام المطالبة

٣. ضع علامة إذا كان أحد في أهل بيتك جندي قديم إذا كان الأمر كذلك فهل هو/هي:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> جندي قديم أمريكي ذو إعاقة <input type="checkbox"/> أرملا (أرملا) أو طفل جندي قديم أمريكي متوفي | <input type="checkbox"/> زوج(ة) أو طفل ذو إعاقة لجندي قديم أمريكي ذو إعاقة <input type="checkbox"/> لا أحد من هؤلاء |
|---|---|
- أدرج من

N. مخصصات الإعاقة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ نعم لا

١. هل أحد من أهل بيتك من الذين لا يتلقى مخصصات الإعاقة، قدم طلباً إلى مخصصات الإعاقة أو تم رفض طلبه لذلك

نعم ▶ وضع علامة على كافة مخصصات الإعاقة الملائمة وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

الشخص	نوع المخصص	حاله المخصص	تاریخ الإجراء (إذا كان غير معروفاً)
<input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج (ة) <input type="checkbox"/> الوالد (ة)	<input type="checkbox"/> الصنمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لنلقي المخصصات. * <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات. <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استئناف.	
<input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج (ة) <input type="checkbox"/> الوالد (ة)	<input type="checkbox"/> الصنمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لنلقي المخصصات. * <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات. <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استئناف.	
<input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> دخل الضمان التكميلي (SSI). <input type="checkbox"/> نفسك <input type="checkbox"/> الزوج (ة) <input type="checkbox"/> الوالد (ة)	<input type="checkbox"/> الصنمان الاجتماعي <input type="checkbox"/> رقم المطالبة	<input type="checkbox"/> تم تقديم طلب لنلقي المخصصات. * <input type="checkbox"/> تم رفض الطلب للمخصصات. <input type="checkbox"/> تم استئناف الرفض. <input type="checkbox"/> تم طلب عقد جلسة استئناف.	

*قررت مصلحة الضمان الاجتماعي أنه ليس معافاً / أنها ليست معافاة.

٢. إذا تم رفض إعطاء المخصصات، فهل تغيرت المشكلة (المشاكل) الصحية التي يعني منها الشخص؟ نعم لا

تاریخ التغيير

إذا كان الجواب بنعم، ▶ فأدرج من مشكلة صحيحة جديدة تفاقمت حالة المشكلة الصحية لديه / لديها أكثر من مشكلة صحية واحدة

٥. مصاريف رعاية المعال والإعالة المدفوعة بأمر من المحكمة

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ لا نعم

١. هل أحد من أهل البيت من يعمل في عمل أو يدرس في مدرسة أو يذهب إلى برنامج تدريسي يدفع لخدمة رعاية طفل، أحد أفراد العائلة ذو إعاقة؟
 نعم أكمل تعبئة الجدول أدناه (لا تشمل المبلغ الذي تدفعه DHS أو يدفعه أي شخص آخر). لا

الشخص الدافع	المبلغ المدفوع	وتيرة القبض	اسم الشخص (الأشخاص) المتألق الرعاية
دollar _____	كل أسبوع <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	دollar _____ مرتان في الشهر <input type="checkbox"/>	
دollar _____	كل أسبوع <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	دollar _____ مرتان في الشهر <input type="checkbox"/>	
دollar _____	كل أسبوع <input type="checkbox"/> كل شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	دollar _____ مرتان في الشهر <input type="checkbox"/>	

٢. هل أحد من أهل بيتك يدفع بموجب أمر من المحكمة أيًّا من التالي:
 الإعالة و/أو النفقة الزوجية؟ اعالة الأطفال
 نعم وضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه. لا

الشخص الدافع	جدول الدعاوى والمقاطعة التي صدر فيها الأمر المأمور به	أمر المحكمة / رقم الدعوى في	المبلغ	كل المبلغ المدفوع	من
		دollar _____	دollar _____	دollar _____	أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
		دollar _____	دollar _____	دollar _____	أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
		دollar _____	دollar _____	دollar _____	أسبوع <input type="checkbox"/> شهر <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>

P. مصاريف رعاية الأطفال ("تشايلد كير")

هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ لا نعم

١. هل تتطلب إلى مساعدة في دفع تكاليف خدمة رعاية الأطفال نعم وضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه.
 العمل شهادة الثانوية أو دبلوم الكفاءة العامة التعليم / التدريب المعتمد من قبل DHS أو من وكالة Michigan Works برنامج انفعالي / صحي أو اجتماعي (شرح)

اسم الطفل الذي يتطلب الرعاية	اسم وعنوان ورقم هاتف مقدم خدمة الرعاية	الرقم التعريفي لمقدم خدمة الرعاية	هل يمت مقدم خدمة الرعاية بصلة القرابة إلى الطفل؟ كيف ذلك؟	هل تقدم الطفل في منزل الرعاية	تاريخ بدء الرعاية
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

Q. المصارييف الطبية



هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟

لا

نعم

١. أدرج كل واحد كان لديه مصارييف طبية قام بدفعها أو لم يدفعها بعد لقاء خدمات تلقاها في الأشهر الثلاثة الماضية:

أي شهور؟

من؟

أدرج كل واحد دفع أقساط التأمين الطبي في الأشهر الثلاثة الماضية:

أي شهور؟

من؟

٢. هل لدى أحد من أهل بيتك أي مصارييف طبية بشكل متواصل؟

نعم وضع علامة على كل ما هو ملائم وأكمل تعبئة الجدول أدناه.

حيوان الخدمة	<input type="checkbox"/> الأدوية الموصوفة التي لا تتطلب إلى وصفة طبية	رعاية طبية
أتعاب ولـي الأمر / الوصي	<input type="checkbox"/> الأدوية الموصوفة	رعاية الأسنان
أقساط التأمين الصحي	<input type="checkbox"/> بطاقة الأدوية الموصوفة	الاستشفاء في المستشفى
قسط التأمين الطبي	<input type="checkbox"/> أطقم الأسنان	النقل لأغراض الرعاية الطبية
معدات / مستلزمات طبية	<input type="checkbox"/> نظارات	(الحمل أو الرعاية المتواصلة)
خدمات الرعاية الشخصية / المهام المنزليـة	<input type="checkbox"/> سماعات الأذن	غرفة الطوارئ
أخرى	<input type="checkbox"/> الأطراف الاصطناعية	منشأة تمريضية
كم مرة (شهرياً، سنوياً، إلخ).	المبلغ التي يدفعها الشخص	الشخص الذي لديه المصاروف
	المصروف الطبي (المؤشر عليه أعلى)	

R. مصاريف المأوى



هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟

لا

نعم

ضع علامة على المربعات الملائمة وأملأ المبلغ.*

١. الإيجار _____ دولار (أدخل المبلغ الذي تدفعه فقط، وليس المبلغ الذي تدفعه HUD، أو برنامج "سكشن" ٨، أو MSHDA، إلخ.)

أسبوعياً شهرياً أخرى

دولار كل سنة (أجب على السؤال فقط إذا كنت مقسم طلباً للإعانة الطبية لمنشأة تمرি�ضية)

٢. هل يدفع أحد لقاء:

الإيجار الذي يتضمن الوجبات الغذائية (مسكن في غرفة وملائكة) نعم لا

وجبات غذائية فقط (ملائكة) نعم لا

٣. إيجار قطعة أرض لمنزل منتقل؟

٤. قرض استئمـاك / منزل منتـقل / عقد أرض

٥. قرض استئمـاك ثـاني على نفس المـنزل أو على أساس حقوق الملكـية نعم لا

٦. مصاريف المأوى التي تكون فواتيرها منفصلة عن دفعة الإيجار أو قسط الاستئمـاك العـقارـي: نوع الوقود (مثل حطب، غاز، بروبين)

٧. تدفئة (غاز، كهرباء، بروبين، حطب، إلخ.)

٨. تبريد (بما في ذلك مكيف تبريد الغرفة)

٩. كهرباء (ليس للتدفئة)

١٠. الماء / المجاري

١١. وقود الطـبخ

١٢. خدمة النـفـيات / القـاماـة

١٣. هـاتـف

٧. برنامج حسم التدفـة المـنزـلـية (HHC) التابـع لإدارـة الخـزانـة المـالـية لـولـايـة مـيشـيـغان - لـلسـنة المـالـية الـجـارـية:

a. هل أحد من المتقدمين في أهل بيتك لـبرـنامج الإـعـانـة الـغـذـائـية (FAP) تلقـى إـعـانـة حـسـم التـدـفـة المـنـزـلـية (HHC) لـلسـنة الـحـالـيـة؟

نـعم لا

b. هل سيقوم أحد من المتقدمين لـبرـنامج الإـعـانـة الـغـذـائـية (FAP)، أو هل

سيـتوـقـع أحـد منـ المتـقـدـمـين الـقـدـيمـاـت لـحسـم التـدـفـة المـنـزـلـية (HHC) عـلـى العنـوان الـحـالـيـ؟

*. إذا كنت تقدم طلباً إلى برنامج الإعـانـة الـطـبـية فقط وـكـنـت في منـشـأـة تـمـريـضـيـة ولـديـك زـوـجـ زـوـجـة أو معـالـيـة فيـ المـنـزـلـ، فيـجـب عـلـيك تـعـبـيـة الـقـسـم R. إذا كنت تقدم طـلاـبـاـ إلى الإـعـانـة الـطـبـية الـأـخـرى فقط، فيـمـكـنـك أنـ تـجاـوزـ تـعـبـيـة الـقـسـم R.

S. تلقّي المخصصات



١. هل سبق لأحد من أهل بيتك أن تقدّم بطلب لتلقّي المخصصات من ولاية ميشيغان أو تلقّي المخصصات منها في أي وقت مضى؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فتحت أي اسم (أسماء) كان ذلك؟ _____
(الاسم قبل الزواج، الكنية، الزوج السابق، إلخ)
- إذا كان الجواب بنعم، لمزيد من المعلومات عن البطاقات، راجع كتيب المعلومات. _____
- إذا كان الجواب بنعم، فهل لدى أحد بطاقة البريدج؟ نعم لا
إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
- إذا كان الجواب بنعم، فهل لدى أحد بطاقة mihealth؟ نعم لا
من لا يكون لديه بطاقة mihealth؟ _____
٢. هل يتلقّى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج النساء والرضع والأطفال (WIC)؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
٣. هل يتلقّى أحد من أهل بيتك مخصصات (نقدية) من برنامج عشاري للإعانة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____

T. معلومات تحتاج DHS إلى معرفتها

أجب عن كل واحد في أهل بيتك



- هل سبق في أي وقت مضى تجريد أحد من الأهلية أو تخفيض مخصصاته أو توقيفها بسبب عدم التقيد بقواعد البرنامج؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
- هل سبق في أي وقت مضى إدانة أحد بتهمة الاحتيال لتلقّي الإعانة النقدية أو الغذائية من ولaitين أو أكثر في نفس المدة الزمنية نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
- هل أحد هارب من المحاكمة بسبب جنائية متهم بها أو فار من السجن؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
- هل أدین أحد في أي وقت مضى بجنائية متعلقة بالمخدرات وقعت بعد ٢٢ أغسطس، ١٩٩٦؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____
- هل أحد مخالف لبرنامج مراقبة السلوك (Probation) أو الإفراج المشروط (Parole)؟ نعم لا
▪ إذا كان الجواب بنعم، فمن هو؟ _____

U. طلب تسجيل الناخب بولاية ميشيغان

نعم
لا

إذا لم يسبق لك التسجيل للتصويت في عنوان سكانك الحالي، فهل تريد التسجيل الآن للتصويت؟

ملاحظة: إذا لم تقم بوضع إشارة على أي من المربعين، فستفترض DHS أنك قررت أن لا تتسجل للتصويت في هذا الوقت.

تقديم طلب التسجيل للتصويت أو رفض تقادمه لن يكون له أي تأثير على قدر المساعدة التي ستقدمها هذه الإداره. إذا كنت تزيد مساعدة في تعبئة نموذج طلب الناخب، فسوف نساعدك في ذلك. وقرار السعي للحصول على المساعدة أو قبولها هو أمر عائد لك. يمكنك ملء نموذج طلب تسجيل الناخب في مكانك الخاص. وإن كنت تعتقد أن أحداً تدخل بحقك للتسجيل أو رفض تسجيلك للتصويت، أو تدخل بحقك للخصوصية في القرار ما إذا كنت تتوبي التسجيل أو تقديم الطلب للتصويت، أو حقك لاختيار الحزب السياسي الذي تنتهي إليه أو أفضلياتك السياسية الأخرى، فيمكنك أن ترفع شكوى مع:

Secretary of State
PO Box 20126
Lansing, MI 48901-0726



٧. الممثل أوولي الأمر أو الوصي أو الشخص المساعد في هذا الطلب

إذا كنت مؤهلاً لتأنيب الإعانة الغذائية، فهل تزيد أن يكون لدى أحد آخر بطاقة البريد و الوصول إلى مخصصاتك الغذائية لك، يتسلقها لك؟

نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، فأدخل اسمه أو اسمها الكامل

ضعف علامة في أحد المربعين أو كلاهما.

لا نعم

٢- هل تقوم بملء هذا الطلب لأحد آخر؟

هل تمثل الشخص، الذي تقدم عنه؟

إذا كان الجواب بنعم لأحد أو كلا السؤالين، فيجب اكمال تعينة المعلومات التالية:

الاسم _____ رقم الهاتف _____

العنوان البريدي (الرقم، الشارع، الطريق الريفي)، رقم الشقة / قطعة الأرض، صندوق البريد)

المدينة | الولاية | الرمز البريدي

إذا كنت دون سن الـ ١٨، فهل أنت متزوج؟

لَا نَعَمْ

صلة قرابة الممثل إلى طالب الإعانة (ضع علامة على كل من هو ملائم)

ولي الأمر

وصي

W. الإقرار الخطى

هام: قبل التوقيع على الطلب، عليك قراءة الإقرار الخطي.

تحت عقوبات شهادة الزور، أقسم أو أؤكد أنني تفحصت هذا الطلب أو قام أحد بقراءته لي وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي. وإذا كنت طرفاً ثالثاً أقدم طلباً بالنيابة عن شخص آخر، أقسم أن طلب الإعانة قد تفحص هذا الطلب أو تم قراءة نموذج الإيداع لطالب الإعانة، وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي.

وأشهد أنه استلمت نسخة وراجعتها وأتفق على الأقسام في كتاب الإعانة لطلب تقديم المساعدة وتقديرها: البرامج، الأشياء التي يجب عليك عملها، أشياء مهمة لمعرفتها، اتفاقيات التسديد، المعلومات عن أهل بيتك التي س يتم مشارتها.

أشهد تحت عقوبة شهادة الزور أن جميع المعلومات التي كتبتها في هذا النموذج أو أخبرتها إلى الأخباري المسؤول عنـي في DHS أو إلى ممثلي هي معلومات صحيحة. وأفهم أنه يمكن أن أحالكم بتهمة شهادة الزور إذا أدليت عنـقـد بـمـعـلـومـاتـ كـاذـبـةـ أوـ مـضـلـلـةـ، أوـ حـرـفـتـ الـحـقـاقـ أوـ تـكـنـتـ عـنـهـ أوـ حـجـبـتـ الـتـيـ قدـ تـسـبـبـ لـيـ تـلـفـيـ الإـعـانـةـ التـيـ لـاـ يـنـبـغـيـ عـلـيـ تـلـفـيـهـ أـوـ تـلـفـيـهـ أـكـثـرـ مـنـ الـأـعـانـةـ عـمـاـ يـنـبـغـيـ عـلـيـهـ. وـيمـكـنـ أـنـ حـاـكـمـ بـتـهـمـةـ الـاحـتـيـالـ وـأـوـ يـفـرـضـ عـلـيـ تـسـيـدـ الـمـبـلـغـ الـذـيـ تـلـفـيـهـ عـنـ خـطاـ. وـأـفـهـمـ أـنـ قـدـ يـطـلـبـ مـنـيـ أـنـ لـيـنـبـغـيـ لـأـيـ مـعـلـومـاتـ أـعـطـيـهـ.

التاريخ	عند إنهاء المقابلة الشخصية: توقيع شاهد الإداره/ العامل المسؤول عن خدمة العملاء المنتقلين	التاريخ	توقيع العميل أو الممثل

ملاحظات

ملاحظات

ملاحظات

نموذج الإيداع

إدارة الخدمات الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Human Services: DHS)

يحق لك تقديم المساعدة اليوم. إذا لم تستطع إنهاء طلب الإعانة بكماله اليوم، فيمكنك ملء نموذج الإيداع هذا بكماله ورده إلى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها لحماية تاريخ تقديم طلبك. إذا كنت قدماً لبرنامج الإعانة الغذائية (FAP) فقط، فيجب عليك أن تملئ اسمك وعنوانك (ما لم تكن متشرداً) وتوقيعك أو توقيع ممثلك.* قد يؤثر تاريخ استلام DHS لنموذج الإيداع على تاريخ بدء صرف مخصصاتك. وبالرغم من ذلك، يتطلب من DHS أن تستلم طلبك للإعانة المعنى بشكل كامل قبل أن يمكنها الموافقة على أي مخصصات.

* الاستثناء: إذا كنت تقدم طلباً لمخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) والإعانة الغذائية (FAP) قبل أن يتم إخراجك من مؤسسة داخلية، فسيكون تاريخ الإيداع لمخصصاتك هو تاريخ خروجك من تلك المنشأة.

إذا كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS مساعدتك فيه. وإذا لم تقدم لك المساعدة في تعبيته، فيمكنك الاتصال هاتفياً بالرقم 373-0707 (517).

إذا لا تتكلّم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟

مترجم شفهي لغة إشارة جهاز المساعدة في السمع (ALD) أخرى

إذا لا تتكلّم اللغة الإنجليزية، فما اللغة التي تتكلّمها؟

١. لقد تلقّيت المساعدة في السابق من ولاية ميشيغان. لا رقم حالة أو رقم المتلقى نعم (إذا كان معروفاً)

٢. إنني مقدم طلباً لل التالي:

برنامج الإعانة الغذائية (يمكن أن تبدأ المعالجة اليوم لمعالجة الطلب في غضون سبعة أيام وذلك إذا استكملت تعبئة الوجه الخلفي لهذا النموذج وكان أهل بيتك مؤهلين للبرنامج).

الإعانة الطبية (فواثير الأطباء أو المستشفيات، أدوية طبية موصوفة، أقساط المديكير).
 برنامج نمو ورعاية الأطفال (المساعدة في دفعات خدمة رعاية الأطفال).

المساعدة التقدية (FIP) - برنامج استقلال العائلة، RAP - برنامج إعانة اللاجئين، SDA - إعانة الإعاقة من الولاية (المساعدة مالياً للنساء العوامل أو العائلات ذويأطفال، أو اللاجئين، أو البالغين ذوي إعاقة، أو القائمين بتقديم الرعاية للبالغين ذوي الإعاقات الذين يعيشون معهم، أو المقيمين في ترتيبات معيشية لذوي الاحتياجات الخاصة).

٣. الاسم الشرعي (الأول، الأوسط، الأخير، الاسم المعطى عند الولادة، ذكر/أنثى)
إذا كان مختلفاً عن الاسم الحالي

**. تاريخ الميلاد*

٤. ذكر
أنثى

** غير مطلوب للإعانة الغذائية

٨. رقم الرسالة

٧. رقم الهاتف

٦. رقم الضمان الاجتماعي***

*** طوعي إذا كنت قدماً قط إلى خدمة رعاية الأطفال أو إعانة طبية طارئة.

٩. عنوان المكان الذي تعيش فيه (الرقم، الشارع، الطريق الريفي، الشقة / رقم قطعة الأرض) متشرد

الرمز البريدي الولاية المقاطعة المدينة

١٠. العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه أو صندوق البريد)

الرمز البريدي الولاية المقاطعة المدينة

التوقيع

تحت عقوبات شهادة الزور، أقسم أو أؤكد أنني تفحصت نموذج الإيداع هذا أو قام أحد بقراءته لي وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي. إذا كان طرف ثالث يقدم طلباً بالنيابة عن شخص آخر، أقسم أن طالب الإعانة قد تفحص نموذج الإيداع هذا أو تم قراءة نموذج الإيداع لطالب الإعانة، وأن الحقائق صحيحة وكاملة إلى حد مبلغ علمي.

التاريخ

توقيع العميل أو الممثل

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.



برنامج الإعانة الغذائية بصفة مستعجلة (المعالجة في غضون سبعة أيام)

لا نعم

١. هل كل واحد في أهل البيت يشتري المواد الغذائية ويحضر الوجبات الغذائية أو يأكلها سوياً؟
إذا كان الجواب لا، فأدرج اسم كل من لا يقوم بذلك

دولار _____

دولار _____

لا نعم

٢. كم قدر مجموع الأصول النقدية التي يملكتها أهل بيتك؟
(يتضمن التوفير وحسابات الجارية وسندات التوفير، ... الخ).

٣. كم مجموع الدخل الإجمالي الشهري (قبل أي اقتطاعات) لأهل بيتك؟
(يتضمن مكاسب العمل، مخصصات البطلان، إعالة الأطفال، مخصصات الضمان الاجتماعي، ... الخ).

٤. هل يتلقى أحد من أهل بيتك مخصصات من برنامج توزيع غذائي عشاري؟
إذا كان الجواب بنعم، فمن

دولار _____

٥. ما مجموع المبلغ الذي تدفعه لقسط إيجارك الشهري وأو قسط الفرض العقاري الشهري؟

لا نعم

لا نعم

٦. هل تدفع تكلفة التدفئة؟

٧. هل تدفع تكلفة التبريد (بما في ذلك مكيف هواء الغرفة)؟

٨. إذا كنت لا تدفع تكلفة التدفئة أو التبريد، فضع علامة في المربع الملائم عن المنافع العامة التي تدفع تكاليفها: تدفئة غير كهربائية الماء/المجاري
 هاتف وقود الطبخ خدمة النفايات / القمامنة

٩. هل أحد من أهل البيت أجير متقلل أو عامل مزارع موسمي؟
 نعم ▶ أكمل تعبئة الجدول أدناه.

المبلغ الإجمالي لدفعه للأجور	التاريخ	<input type="checkbox"/> نعم ◀ اسم الشخص (الأشخاص) <input type="checkbox"/> لا	هل تلقى أحد أي دخل من نفس المزارع في غضون ٣٠ يوم قبل تاريخ الطلب.
		<input type="checkbox"/> نعم ◀ اسم الشخص (الأشخاص) <input type="checkbox"/> لا	هل يتوقع أحد أن يتلقى مزيداً من الدخل في هذا الشهر؟
		<input type="checkbox"/> نعم ◀ اسم الشخص (الأشخاص) <input type="checkbox"/> لا	هل تلقى أحد سلفة للسفر؟
تاريخ آخر دفع للأجور	المبلغ الإجمالي لدفعه للأجور	<input type="checkbox"/> نعم ◀ اسم الشخص (الأشخاص) <input type="checkbox"/> لا	هل خسر أحد مؤخراً مصدر دخله الوحيد؟

رقم الضمان الاجتماعي***	تاريخ الميلاد	٩. أسماء جميع أفراد أهل البيت
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	
_____ - _____ - _____	_____ / _____ / _____	

١٠. هل تحتاج إلى مزيد من الصفحات؟ لا نعم

For office use only لاستخدام المكتب فقط	Date application received in local office	Case name Application number Case number Specialist name Specialist phone Fax Specialist email

يجب عليك قراءة كتيب المعلومات هذا قبل التوقيع على طلب الإعانة.